

Schizofreni: splittet personlighet?

En studie av journalisters kunnskap og holdninger til schizofreni

Trude Skoglund



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2009

Forord

Først og fremst vil jeg takke Anne-Kari Torgalsbøen for god veiledning, som løftet meg videre i arbeidet. Ditt engasjement for temaet, og at du hadde troen på prosjektet mitt, har vært både motiverende og inspirerende.

En stor takk rettes også til alle redaktørene som var villige til å samarbeide og videreformidle forespørselen til sine ansatte, og selvfølgelig også til alle journalistene som svarte på spørreundersøkelsen.

Jeg vil også takke alle som hjalp meg med å utvikle spørreskjemaet: mamma, pappa, Hilde, Rasmus og Cathrine. I tillegg vil jeg takke pappa og Hilde for gjennomlesning og kommentarer, og Helene for språklig hjelp. Jeg takker også kullkamerater for uvurderlig hjelp med faglige spørsmål. Sist men ikke minst vil jeg takke Rasmus for støtte og oppmuntring gjennom hele arbeidsprosessen.

Sammendrag

Forfatter: Trude Skoglund

Tittel: Schizofreni: Splittet personlighet? En studie av journalisters kunnskap og holdninger til schizofreni.

Veileder: Anne-Kari Torgalsbøen

Bakgrunn: Personer med psykiske lidelser, og spesielt schizofreni, er en gruppe som er påvirket av stigmatisering i samfunnet vårt. Schizofreni er også den psykiske lidelsen som har flest feiloppfatninger knyttet til seg, ofte formidlet gjennom media. Hensikten med denne undersøkelsen var å se nærmere på hvordan schizofreni oppfattes av en yrkesgruppe som i kraft av sin stilling, kan komme til å skrive om denne lidelsen i media. Jeg undersøkte sammenhengen mellom kunnskap og stigmatiserende holdninger hos journalister. Jeg var også interessert i å finne ut av om det var noen forskjell i grad av stigmatiserende holdninger mellom de som hadde lite kunnskap sammenlignet med de som hadde feilkunnskap. **Metode:** Spørreundersøkelse ble brukt som metode, og jeg utarbeidet et spørreskjema til dette formålet. Spørreskjemaet bestod av tre deler, som omhandlet kunnskap og holdninger til schizofreni samt demografiske variabler. Undersøkelsen ble distribuert på nett, og tok ca fem minutter å besvare. 39 journalister fra 17 forskjellige aviser deltok i spørreundersøkelsen. **Resultater:** Både kunnskap og holdninger blant journalistene var bra. Kunnskapen om schizofreni hos journalistene var høyere enn forventet. Likevel holdt over 75 % av journalistene fast ved myten om schizofreni som splittet personlighet. Analysene viste også en sammenheng mellom kunnskap og stigmatiserende holdninger ved at journalister med minst kunnskap hadde mest stigmatiserende holdninger. Dette var tilfelle også etter at kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse ble kontrollert for. 14,3 % av variansen av stigmatiserende holdninger ble forklart av kunnskap. Det viste seg også at de med feilkunnskap hadde mer stigmatiserende holdninger enn de med lite kunnskap og at de med mest kunnskap hadde minst stigmatiserende holdninger. Denne forskjellen viste seg imidlertid ikke å være signifikant. **Konklusjon:** Denne studien utvider perspektivet fra tidligere forskning ved å undersøke journalisters kunnskap og holdninger til schizofreni, og dermed knytte sammen forskningsfeltene som forsker på stigmatisering med medias fremstilling av psykiske lidelser. Det viste seg å være en sammenheng mellom kunnskap og stigmatiserende holdninger, men det trengs videre forskning på dette området. Spesielt vil det være nyttig å finne ut av hvordan man kan øke kunnskap og redusere stigmatiserende holdninger i Norge.

Innholdsfortegnelse

Innledning	5
Schizofreni	6
Stigma	7
Konsekvenser av stigmatisering	12
Holdningsendring	14
Myter	16
Medias fremstilling	18
Om denne studien	22
Metode	24
Prosedyre	24
Materiale	25
Utvalg	26
Analyser	27
Resultater	28
Demografiske karakteristikk	28
Journalistenes kunnskapsnivå	28
<i>Kunnskap om hva lidelsen dreier seg om, samt symptomer</i>	30
<i>Årsaker og Stress- sårbarhetstenkning</i>	30
<i>Prodromalfasen</i>	30
<i>Behandling</i>	30
<i>Schizofreni som splittet personlighet</i>	31
Journalistenes holdninger	33
<i>Prosentvis besvarelser</i>	34
Reliabilitet	34
Preliminære analyser	34
Korrelasjon	35
Multippel regresjon	36
Enveis variansanalyse	36
Diskusjon	38
Hovedfunn	38
1) Deskriptive resultater fra spørreundersøkelsen	38
<i>Kunnskap blant journalistene</i>	38
<i>Schizofreni som splittet personlighet</i>	39
<i>Andre stereotypeier</i>	40
<i>Holdningene</i>	40
2) Sammenhengen mellom kunnskap og holdninger	41
3) Sammenhengen mellom kunnskap og holdninger, kontrollert for kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse	42
4) Forskjell i stigmatiserende holdninger på bakgrunn av kunnskapsnivå	43
Metodologiske betraktninger	44
<i>Lav svarprosent</i>	44
<i>Korrelasjon og regresjonsanalyse beskriver ikke årsakssammenheng</i>	44
<i>Sosial ønskeverdighet</i>	45
<i>Hvordan holdninger har blitt operasjonalisert</i>	45
Kliniske og forskningsmessige implikasjoner	46
Konkluderende bemerkninger	48
Referanser	50

Innledning

Stigmatisering er en sosialpsykologisk prosess som kan få alvorlige konsekvenser. Noen attributter ved personer i samfunnet vårt har stigma knyttet til seg, mens andre attributter ikke blir ansett som betydningsfulle. Fysiske lidelser er i liten grad stigmatiserte. Psykiske lidelser derimot, og særlig schizofreni, er i stor grad utsatt for stigmatisering. Byrden stigmatiseringen bringer med seg, kommer i tillegg til de andre vanskene personer med psykiske lidelser opplever. Offentligheten blir påvirket av oppfatninger knyttet til psykiske lidelser som kommer til uttrykk gjennom media, og som dessverre ofte ikke er korrekte. Media rapporterer blant annet om kriminelle handlinger begått av personer med schizofreni, og bidrar dermed til at personer med denne diagnosen oppfattes som farlige. Det er viktig å undersøke stigmatisering og medias fremstilling av psykiske lidelser, for å bevisstgjøre og finne ut av effektive måter å redusere stigma på. Denne hovedoppgaven, som studerer journalisters kunnskap og holdninger til schizofreni, er et forsøk på å forstå sammenhengen mellom stigmatisering og medias fremstilling av psykiske lidelser.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999- 2008 (Stortingsproposisjon nr. 63, 1997-98) har vært en satsing på å omforme og bygge opp tjenester for personer med psykiske vansker og lidelser i Norge. En del av dette arbeidet har hatt fokus på informasjon som virkemiddel og hvordan informasjonsarbeidet kan virke inn på befolkningens holdninger. Hensikten med informasjonsarbeidet innenfor opptrappingsplanen var å spre kunnskap og bryte ned fordommer om psykisk helse og psykiske lidelser. Andre del av opptrappingsplanens periode ble tilpasset erfaringene fra første del, og har vært rettet mot å øke befolkningens forståelse for at det er mulig å få hjelp og at hjelp nytter. Det ble lagt mindre fokus på diagnoser og alvorlige sykdommer, og mer på lettere lidelser og problemer.

Opptrappingsplanen, samt kampanjer som har videreført tilsvarende budskap, har vært viktige for å øke bevisstgjøring rundt psykiske lidelser. Schizofreni er en psykisk lidelse som anses som alvorlig fordi den debutterer i tidlig voksenalder og fører til funksjonsnedsettelse og redusert livskvalitet. I de neste avsnittene blir utbredelse, kostnader og mortalitet ved schizofreni presentert. Videre vil stigma defineres, og forskning fra sosialpsykologien vedrørende disse prosessene vil redegjøres for. Deretter beskriver jeg konsekvensene av stigmatiseringen for pasienter med psykisk lidelse, deres pårørende samt potensielle brukere av psykisk helsevern. Etter dette vil sentrale temaer innen forskningsfeltet vedrørende endring av holdninger redegjøres for. Deretter vil myter knyttet til schizofreni samt medias

fremstilling av denne lidelsen bli presentert. Tilslutt knytter jeg disse temaene opp mot den aktuelle studien og problemstillingene blir introdusert.

Schizofreni

Schizofreni er en psykisk lidelse som forekommer over hele verden. Livstidsrisikoen for å utvikle schizofreni er ca 1 %. Det vil si at om lag 40- 50 000 av Norges befolkning vil utvikle schizofreni i løpet av livet (Johannessen, 2005). I Norge blir det årlig diagnostisert om lag 5- 18 per 100 000 innbyggere (Johannessen 1984, ref. i Johannessen, 2005; Ugelstad & Gilbert, 1994). Prevalens angir hvor mange i en gitt gruppe som har lidelsen i løpet av en periode (vanligvis et år). I en reviewartikkel med studier fra flere land fant Goldner, Hsu, Waraich, og Somers (2002) at prevalensen varierte fra 0,2 per 100 til 0,9 per 100 personer. Prevalensen var i 1983 0,25 per 100 personer i Oslo (Ugelstad & Gilbert, 1994). I Rogaland samme år var prevalensen 0,15 per 100 personer (Johannessen 1984, ref. i Johannessen, 2005). Det vil si at prevalensen av schizofreni i Norge på 80- tallet var mellom 0,15- 0,25 per 100 personer.

I vestlige land går i gjennomsnitt 1 % av bruttonasjonalprodukt med til behandlings-, omsorgs- og støttetiltak til mennesker med en schizofrenidiagnose (Rund & Ruud, 1999). Schizofreni er den psykiske lidelsen som koster landet vårt mest, og er antagelig dyrere for det norske samfunnet enn både hjertesykdom, kreftsykdom og revmatiske lidelser til sammen (Johannessen, 2005). Dette kan ha sammenheng med at lidelsen debuterer tidlig, med en median debutalder på 22 år hos menn og 24 år hos kvinner. Rund (1995) beregnet kostnadene til ca. 4 milliarder kroner i Norge i 1995. Dette inkluderte både de totale kostnadene knyttet til ulike behandlings- og omsorgstiltak, og de indirekte kostnadene knyttet til samfunnets tap i forbindelse med yrkesmessig uførhet og lignende.

Personer med schizofreni har en betydelig overdødelighet, og risikoen for suicid er stor (Brown, 1997). Mellom 4 og 13 % av personene som får en schizofrenidiagnose begår selvmord. Disse skjer oftest i tilknytning til sykdomsstart. Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, og Deeks (2005) fant i en reviewartikkel at en av de største risikofaktorene var affektive reaksjoner som følelse av verdiløshet, håpløshet og rastløshet. Å utvikle schizofreni etter å ha oppnådd en akademisk grad var en annen risikofaktor. Det hadde vært interessant å se på om stigmatisering spiller inn på selvmordsstatistikken, noe som ikke har blitt gjort. Andre sykdommer som hjerte- karsykdommer, mage- tarmsykdommer, endokrine forstyrrelser og

luftveisinfeksjoner bidrar også til en signifikant forhøyet dødelighet hos personer med schizofreni sammenlignet med normalbefolkningen (Brown, Inskip, & Barraclough, 2000).

Forskningen på schizofreni det siste halve århundret har bidratt til en bedre forståelse av symptomer og andre aspekter ved schizofreni, og behandlingen er dermed langt bedre enn tidligere (Rund, 2005). Norske forskere har hatt sentrale bidrag, både når det gjelder årsaker, behandling, tidlig intervensjon og restitusjon (Gråwe, 2005; Melle et al., 2004; Torgalsbøen, 2005; Torgalsbøen & Rund, 2002). Pasientenes symptomer og vanskene de møter i forbindelse med dette, er en stor belastning og har konsekvenser for deres livskvalitet. I tillegg til symptomene og vanskene lidelsen bringer med seg, møter personer med en psykisk lidelse sosiale reaksjoner i form av stigmatisering, fordommer og diskriminering. Disse temaene er ikke forsket like mye på, men interessen har økt i de senere år. Det er ikke nok å utvikle og evaluere behandling og rehabiliteringsstrategier, men man må også søke å forandre sosiale stigma og diskriminering for å bedre pasienters livskvalitet.

Stigma

Ordet ”stigma” er gresk, og betyr merke eller tegn (Goffman, 1963). Uttrykket kommer fra oldtidens Hellas hvor befolkningen hadde en skikk med å merke personer av lav ’moralisk status’ med et brennmerke på kroppen. Disse merkene ble kalt ”stigma”. Ulike merker viste at personen enten var slave, kriminell eller forræder. En slik person burde man unngå, spesielt på offentlige steder. Ordet blir i dag brukt tilnærmet likt den opprinnelige formen, men viser mer til skammen eller vanæren forbundet med det å ha en merkelapp, enn det kroppslige beviset. Goffman la også vekt på at noen stigma er lette å legge merke til og er basert på fysiske tegn, som for eksempel hudfarge, kroppsform og kroppsstørrelse. Andre stigma er relativt skjulte. Offentligheten kan som regel ikke se hvem som faller innunder betegnelsen homofil, religiøs minoritet eller person med psykisk lidelse. Offentligheten kan bli bevisst skjulte stigma ved hjelp av merkelapper eller assosiasjon. Merkelappene kan være gitt av personen selv eller av andre. Dette kan være en person som står frem med en psykisk lidelse, eller det blir fortalt av andre at en person har en psykisk lidelse. Stigma ved assosiasjon kan for eksempel være en person som blir observert å forlate et behandlingssted eller en institusjon, og dermed antas å være pasient (Goffman, 1963).

I sosialpsykologien er det vanlig å skille mellom kognisjon, affekt og atferd (Fiske, 2004). På tilsvarende måte har forskning på stigmatisering skilt mellom stereotypier (den kognitive delen), fordommer (den affektive delen) og diskriminering (den atferdsmessige

delen). Prosessen starter med holdepunkter, og blir via stereotypier til fordommer og diskriminering (Corrigan & O'Shaugnessey, 2007). Stigma er derfor de merkelappene som, når de blir observert av et medlem av en majoritet, kan føre til fordommer. Skjema er en kognitiv struktur som inneholder deler av et konsept vi kjenner til, eller forholdet mellom de forskjellige delene av konseptet (Fiske, 2004). Skjema er basert på tidligere erfaringer, og bidrar til å forenkle de inntrykkene vi mottar, for eksempel i sosiale sammenhenger. Dette hjelper oss med å organisere og gjøre verden rundt oss forståelig, ved å kategorisere mennesker og sosiale grupper. Mennesker har flest skjema i forhold til utgrupper, grupper man ikke selv tilhører. Skjemaene knyttet til utgrupper er ofte mer negative enn til inngrupper, grupper man selv tilhører. Dette kan legge føringer på handlingene våre og resultere i uheldige konsekvenser.

Stereotypier er kunnskapsstrukturer som er kjent av de fleste medlemmene i et samfunn. De er kjennetegnet ved at man tillegger et individ de kognitive forventninger og assosiasjoner man forbinder med gruppen denne personen tilhører (Fiske, 2004). Dette har visse fordeler, ved at man raskt kan lage inntrykk og skape forventninger om individer som tilhører en gruppe (Corrigan & O'Shaugnessey, 2007). Stereotypier kan sees på som en type skjema, og inneholder derfor antagelser om hvilke egenskaper personene i en gruppe har, og teorier om hvordan disse egenskapene henger sammen. Stereotypiene rettferdiggjør affektive og atferdsmessige responser til en kategori eller gruppe. Selv om de fleste kjenner til stereotypiene i et samfunn, betyr ikke dette at alle er enige med dem. Personer som har fordommer derimot, er enige med de negative stereotypiene, og danner negative emosjonelle reaksjoner på grunnlag av disse stereotypiene (Corrigan & O'Shaugnessey, 2007). Fordommer vil si at man reagerer emosjonelt i forhold til et individ på grunnlag av egne følelser knyttet til gruppen denne personen tilhører. Det er altså den affektive evalueringen som er viktig når det gjelder fordommer. Fordommer kan derfor i teorien være både positive og negative, men de fleste forskere fokuserer på de negative aspektene ved fordommer (Fiske, 2004). Fordommer kan føre til diskriminering. Det vil si at man handler på grunnlag av stereotypier og fordommer, og som et resultat av dette ikke behandler alle mennesker likt. Diskriminering kan arte seg som negativ handling mot utgruppen, eller eksklusiv positiv handling overfor inngruppen.

Stereotypier og fordommer er ikke nok til å forårsake stigma. I tillegg må det foreligge en maktforskjell. Det er kun minoriteten, som på grunn av sin underlegne posisjon, kan bli stigmatisert. Gruppen må være underlegen hva angår sosial, kulturell, økonomisk eller politisk makt (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Denne maktforskjellen blir ofte tatt for

gitt. Det har vært vanlig kun å fokusere på attributtene som er assosiert med den stigmatiserte gruppen, og som skiller denne gruppen fra andre grupper (Link & Phelan, 2001).

Sosialkognitive teorier blir ofte brukt for å forstå forskjellige aspekter ved sosialpsykologien, blant annet stigma knyttet til psykiske lidelser. Disse teoriene har et bredt grunnlag og omfattende forskningsmetodologi. Attribusjonsteori er én type, og kanskje den viktigste og mest brukte av de sosialkognitive teoriene. Denne ble opprinnelig utviklet som en teori om menneskelig motivasjon og emosjon, og er grunnlagt på antagelsen om at mennesker søker etter en årsaksforståelse av hverdagslige hendelser. I møte med en person med en psykisk lidelse som for eksempel schizofreni, kan dette gi en søken etter årsaker: ”Hvorfor klarer ikke personen med en psykisk lidelse å ta vare på seg selv?” Disse årsaksforklaringene består i følge Weiner (1985) av tre dimensjoner. De har indre eller ytre kontrollplassering, de er kortvarige eller langvarige og de er kontrollerbare eller ukontrollerbare. Kontrollerbarhet er spesielt relevant i forholdet mellom stigmatiserende holdninger og diskriminerende atferd. Denne attribusjonen angir hvor mye frivillig påvirkning et individ har over en årsak. Personer med psykiske lidelser har generelt blitt sett på som mer ansvarlige for å forårsake sin egen lidelse sammenlignet med fysiske lidelser (Rüsch et al., 2005). Dette kan henge sammen med at personer med psykiske lidelser blir ansett som å ha mer kontroll over utbruddet av sin lidelse sammenlignet med personer med fysiske lidelser (Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Ved hendelser som blir vurdert som personlig kontrollerbare, tilskriver man oftere ansvar og skyld til personen. Personer som blir vurdert å ha kontroll over en negativ atferd (som for eksempel symptomer på schizofreni), blir oftere holdt ansvarlig for disse symptomene, og frembringer dermed sinte reaksjoner fra andre. Hvis personene ikke anses å ha kontroll over negativ atferd, blir de syntet synd på av andre. Attribusjonen og den affektive responsen (sinne eller å synes synd på) henger sammen med hvilken atferd som følger. For eksempel vil ukontrollerbarhet og det å synes synd på, føre til en hjelpende atferd. Forskning har også vist at det er en sammenheng mellom kontrollerbarhet, sinne og straffende atferd (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Weiner, 1993). Weiner et al. (1988) undersøkte hvilken atferd som fulgte som respons overfor personer med psykiske lidelser. Symptomene ble ansett for å være under personens kontroll, og fremmet sinne. Atferden som fulgte av dette var et ønske om å overse personen, altså en straffende atferd.

Språket er en mektig kilde til stigmatisering. Merkelapper impliserer ofte et skille mellom ”oss” og ”dem”. Dette kan føre til antagelsen om at ”de” er veldig forskjellige fra ”oss”, og at ”de” til og med *er* symptomene de plages med. Hvordan vi bruker språket er meget avslørende for hvordan vi benytter merkelapper for å skille ”oss” fra ”dem”. Et

eksempel er at man kaller noen "schizofren" i stedet for å si at personen har schizofreni. Når det gjelder fysiske lidelser er dette ofte annerledes. For eksempel sier man at en person *har* kreft. Dette gjør at personen med kreft forblir en av "oss", men at denne har en attributt, mens den "schizofrene" blir en av "dem", og *er* merkelappen som festes ved dem (Rüsch et al., 2005). Penn og Nowlin-Drummond (2001) undersøkte hvilken betydning politisk korrekte merkelapper hadde på emosjonelle reaksjoner, sykdomsattribusjoner, atferdsintensjoner og kunnskap om schizofreni. Resultatene viste at merkelappen "bruker av tjenester innenfor psykisk helsevern" (consumer of mental health services), ble assosiert med mindre negative reaksjoner og ble ansett å beskrive en person med bedre mulighet for å bli frisk, sammenlignet med de mindre politisk korrekte merkelappene. Hvilken merkelapp som ble brukt utgjorde imidlertid ikke noen forskjell når det gjaldt deltagernes ønske om å tilbringe tid sammen med en person med psykisk lidelse. Bedre holdninger resulterte altså ikke i atferdsendring.

Både fysiske sykdommer og psykiske lidelser har stigmatiserende holdninger knyttet til seg, men det ser ut til at holdningene til psykiske lidelser er mer negative enn til fysiske lidelser. Studier fra USA og andre vestlige land har vist at mange er enige i stigmatiserende holdninger om mentale lidelser (Corrigan, 2000). Forskning har også vist at de fleste mennesker nedvurderer mennesker med psykiske lidelser i forhold til personer med fysiske lidelser (Rüsch et al., 2005). Også i Norge har man funnet denne forskjellen. Hamre, Dahl, og Malt (1994) fant at to tredjedeler av et randomisert utvalg av den norske befolkningen hadde fordommer mot personer med psykiske lidelser. Forskerne bekreftet også hypotesen om at fordommer mot behandling av psykiske lidelser er større enn mot behandling av fysiske lidelser.

Det er ikke gjort mange studier som sammenligner holdninger over tid. Imidlertid er det noe forskning som tyder på at det kan ha blitt mindre negative stereotypier og mer positive holdninger til psykiske lidelser. En evalueringsundersøkelse av opptrappingsplanen fra Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) viste at det har blitt mindre stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser i Norge i 2007 sammenlignet med 2002 (Myrvold, 2008). Phelan, Link, Stueve, og Pescosolido (2000) sammenlignet oppfatninger om mentale lidelser i 1950 og 1996, og fant at svarene fra 1996 viste en bredere definisjon av mentale lidelser sammenlignet med 1950. Det vil si at respondentene inkluderte en større andel av ikke-psykotiske tilstander innunder betegnelsen psykiske lidelser. Dette kan tyde på at personene fra undersøkelsen i 1996 ikke så på psykiske lidelser som like skremmende og ekstremt som i 1950. Oppfatningen av at mennesker med psykiske lidelser er voldelige eller farlige hadde imidlertid økt til nesten det dobbelte i 1996 sammenlignet med i 1950. Dette gjaldt kun ved de

psykotiske lidelsene (Phelan et al., 2000). De negative holdningene til psykiske lidelser ser dessverre ikke ut til å begrense seg til personer uten faglig kunnskap. Forskning har vist at helsepersonell også er enige i stereotypier om mentale lidelser (Llerena, Cáceres, & Peñas-Lledo, 2002; Nordt, Rössler, & Lauber, 2006).

Forskning har også vist at schizofreni er den mest stigmatiserte psykiske lidelsen (Mann & Himelein, 2004; Pescosolido, Monahan, Link, Stueve, & Kikuzawa, 1999). For eksempel er paranoid schizofreni rapportert å være den mest gjenkjente og minst aksepterte lidelsen (Arkar & Eker, 1992; Stuart & Arboleda-Flóres, 2001). En annen studie fant at ungdommer hadde mer stigmatiserende holdninger til schizofreni enn til depresjon og posttraumatisk stresslidelse (Arbanas, 2008). Når man ser på forskningen vedrørende holdninger til schizofreni over tid, ser det ikke ut til å være en positiv endring i holdninger slik som er funnet for holdninger til psykiske lidelser generelt. En tysk studie viste økende stigmatiserende holdninger til personer med schizofreni (Angermeyer & Matschinger, 2005a). Forskerne sammenlignet resultater fra spørreundersøkelser i 1990 og 2001. Befolkningens årsaksattribusjoner og holdninger ble undersøkt med ønske om sosial avstand. Denne måten å måle stigmatiserende holdninger ble opprinnelig utviklet av Bogardus (1925), og ble brukt for å måle holdninger overfor kulturelle minoriteter. Senere har denne metoden blitt brukt til å måle stigmatiserende holdninger til andre grupper, blant annet til personer med psykisk lidelse (Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2004; Arbanas, 2008; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001). Skalaen om sosial avstand tar for seg utsagn som består av økende personlig intimitet. Disse rangeres på en likertskala fra 'helt uenig' til 'helt enig'. Høyere skåre indikerer et større ønske om avstand fra personer med psykiske lidelser. Resultatet av studien til Angermeyer og Matschinger (2005b) viste en økning i ønske om sosial avstand i 2001 sammenlignet med 1990. Stuart og Arboleda-Flóres (2001) fant ingen forskjell i befolkningens holdninger (målt ved ønske om sosial avstand) til personer med schizofreni i 1988 sammenlignet med 1999. Dette kan tyde på at selv om holdningene til psykiske lidelser generelt har bedret seg, gjelder ikke dette for holdninger til schizofreni. Holdningene til denne gruppen ser ut til å ha blitt dårligere, eller i beste fall uendrede.

Stigmatisering er altså en sosialpsykologisk prosess som ved hjelp av skjema forenkler inntrykk i hverdagen vår. Dette fører til snarveier som får uheldige konsekvenser for personer som tilhører grupper i underlegne posisjoner. Attribusjoner, og spesielt spørsmål om kontrollerbarhet, bidrar også til hvordan personer blir oppfattet, og derved til stigmatisering. Psykiske lidelser og spesielt schizofreni blir påvirket av stigmatiseringen. Nedenfor vil konsekvensene dette har for de rammede personene, beskrives nærmere.

Konsekvenser av stigmatisering

Forskning fra land verden over har vist at pasienter og deres familier lider under stigmatiseringen forbundet med schizofreni (Kadri, Manoudi, Berrada, & Moussaoui, 2004; Raguram, Raghu, Vounatsou, & Weiss, 2004; Shibre et al., 2001). Gonzáles-Torres, Oraa, Aristegui, Fernández-Rivas, og Guimon (2007) fant i en kvalitativ studie fra Spania at både pasienter og slektningene deres har erfaring med stigma og diskriminering innenfor alle områder av livet, inkludert helsevesenet. Isolasjon og unngåelse var vanlige reaksjoner på disse opplevelsene. I en britisk fenomenologisk undersøkelse av seks pasienter med schizofreni, fant Knight, Wykes, og Hayward (2003) at påvirkningen av stigma og diskriminering var vedvarende og invalidiserende. Den belastningen stigmatisering medfører for pasienter og pårørende er alvorlig.

Forskere har kommet frem til tre måter stigmatisering påvirker personer med psykiske lidelser. Disse tre er offentlig stigma, strukturell stigma og selvstigma (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007). Offentlig stigma består av menneskers reaksjoner overfor en gruppe basert på stigma om denne gruppen. Strukturell stigma er private og offentlige institusjoners regler som intensjonelt begrenser mulighetene til personer med psykiske lidelser, og de lovene eller prosedyrene som uintensjonelt fører til konsekvenser som på forskjellige måter begrenser personer med psykiske lidelser (Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004). Et eksempel på lover eller regler som hindrer mulighetene til personer med psykiske lidelser er for eksempel ved å få avslag på søknad om helseforsikring grunnet sin lidelse. Når det gjelder lover eller prosedyrer som uintensjonelt påvirker personer med psykiske lidelser kan dette være at mindre penger blir bevilget forskning til behandling av psykiske lidelser sammenlignet med til behandling av medisinske tilstander. Selvstigma er når en person med en psykisk lidelse aksepterer fordommene som finnes i samfunnet, og retter disse fordommene mot seg selv. Dette fører til svekket selvtillit og selvaktelse (Rüsch et al., 2005). Personer som blir rammet av stigmatisering kan påvirkes av en eller flere av disse typene stigma, og i varierende grad. For eksempel kan en person oppleve mye offentlig stigma, men lite selvstigma, mens en annen kan oppleve lite strukturell stigma, men mye selvstigma.

Diskriminerende atferd påvirker personer med schizofreni og andre psykiske lidelser på mange måter. Dette kan forekomme både som pasienter i det psykiske helsevern, og når de er friske men har en merkelapp som en person med tidligere psykisk lidelse. For pasienter i det psykiske helsevern kan diskriminering foregå for eksempel ved bruk av tvang. Det har blitt vist at både behandlere og offentligheten støtter bruk av tvang i behandlingen av personer

med schizofreni, muligens på grunn av at personene antas å være farlige (Pescosolido et al., 1999). En annen måte diskriminering kan komme til uttrykk på, er ved segregering. Dette kan for eksempel være å behandle personer med psykiske lidelser i institusjoner i avstand fra pasientenes lokalsamfunn. Denne måten å behandle pasienter med schizofreni har blitt mindre vanlig den siste tiden. Det er i dag langt vanligere at pasienter behandles ved poliklinikker i nærmiljøet (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003). Allikevel antar en stor del av offentligheten at institusjonalisering er vanlig, og også en nødvendig behandling av personer med tyngre psykopatologi (Brockington, Hall, Levings, & Murphy, 1993). Når tidligere pasienter skal ta fatt på dagligdagse aktiviteter, kan de møte diskriminering. Ledere ansetter ikke personer med psykiske lidelser (Link, 1987), utleiende leier ikke bort leiligheter til denne gruppen (Page, 1995), og det er større sjanse for at de uriktig blir anklaget for voldelige handlinger (Corrigan, 2000). Diskriminering kan også være ikke å hjelpe, eller aktivt å unngå en person med en psykisk lidelse.

Stigma representerer en barriere mot å søke behandling (Corrigan & Rüsch, 2002; Mann & Himelein, 2004). Potensielle brukere som ved hjelp av adekvat behandling kunne få en signifikant bedring av symptomer, velger ikke å søke behandling på grunn av at de vil unngå merkelappen som er knyttet til det å ha en psykisk lidelse. På denne måten unngår de minsket selvtillit og selvaktelse som følge av selvstigma assosiert med psykisk lidelse. Andre personer dropper ut av behandling for tidlig eller følger ikke den anbefalte behandlingsplanen, nettopp for å unngå stigmatisering (Rüsch et al., 2005). Dette gjelder ikke bare ved mindre alvorlige psykiske lidelser. Færre enn to tredjedeler av personer med schizofreni i USA er i behandling (Regier et al., 1993). Cramer og Rosenheck (1998) fant i en reviewartikkel over 24 studier at kun 58 % av pasientene brukte de antipsykotiske medikamentene som var foreskrevet av legen. Dette bidrar til de høye tallene på tilbakefall innen det psykiske helsevern og kostnader knyttet til dette (Weiden & Olfson, 1995).

Helseoppfatningsmodellen søker å forklare hvorfor mennesker utfører helsefremmende atferd eller ikke (Rosenstock, 1966, ref. i Stroebe, 1996). Modellen beskriver to faktorer som bidrar til om personen utfører en spesiell helseatferd. Det første er om personen oppfatter en trussel mot sin helse og det andre er om personen mener at en spesiell atferd vil være effektiv for å redusere trusselen. Modellen antar videre at mennesker tar rasjonelle beslutninger på grunnlag av fordeler og ulemper ved å oppsøke behandling. Både fordeler, som symptomreduksjon og forbedret helse, samt ulemper som bivirkninger av medisiner tas i betraktning. Om fordelene overveier ulempene, vil man delta i behandlingen. Det er mulig at stigma kan være en av ulempene som bidrar til avgjørelsen om ikke å søke

behandling (Corrigan & Rüsch, 2002). På grunnlag av forskningen som er gjort hittil er det tilstrekkelig evidens til å anta at redusering av offentlig stigma og selvstigma er viktig for å øke deltagelse i behandling (Corrigan & Rüsch, 2002; Rüsch et al., 2005).

Stigmatisering har altså vidtrekkende konsekvenser, både for personer med psykisk lidelse og deres pårørende, og for potensielle brukere. De negative og stigmatiserende holdningene fra offentligheten har direkte implikasjoner når det gjelder forebygging, tidlig oppdagelse, behandling, rehabilitering og livskvalitet. Det er derfor avgjørende å evaluere, få bedre forståelse for, og ikke minst påvirke befolkningens holdninger til personer som lider av schizofreni.

Holdningsendring

Det er viktig å arbeide med endring av befolkningens holdninger til psykiske lidelser, og spesielt schizofreni. Mange studier har sett på effekten av kampanjer for å redusere stigmatisering i befolkningen (Angermeyer et al., 2004; Dearing & Steadman, 2008; Gaebel et al., 2008; Mino, Yasuda, Tsuda, & Shimodera, 2001; Schultze, Richter-Werling, Matschinger, & Angermeyer, 2003; Warner, 2005). Forskning har vist at det er tre fremgangsmåter som fører til signifikant endring av holdninger. Den første av disse er protest, i form av å si fra til media når psykiske lidelser blir fremstilt på en uriktig måte. Dersom et program inneholder uriktige eller stigmatiserende holdninger appelleres det til de respektive programmenes produsenter om at de skal forandre eller fjerne det uriktige innholdet. En annen del av denne intervensjonen er å opplyse offentligheten om at man ikke skal tro på negative fremstillinger av personer med psykiske lidelser. Opplæring er den andre formen for intervensjon man kan bruke for å bekjempe stigma. Her prøver man ved hjelp av fakta å utfordre mytene om mentale lidelser. En tredje måte å forandre befolkningens holdninger på, er ved å fremme interaksjon mellom mennesker med og uten psykiske lidelser. Kontakt mellom disse gruppene har blitt sett på som en effektiv måte for å redusere fordommer. Det er også vist at holdningsendringene som skapes gjennom slik kontakt, holder seg over tid samt at de har ført til atferdsendringer (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007).

Siden 1990- tallet har det, i takt med en økende bekymring for hvilke konsekvenser stigmatisering har for personer med psykiske lidelser, blitt lagt vekt på å endre befolkningens holdninger til psykiske lidelser gjennom antistigmakampanjer. I forbindelse med dette var det flere som fokuserte på at psykisk lidelse er en hjernelidelse (Jorm, Angermeyer, & Katsching, 2000; Wahl, 1987). Tanken bak denne tilnærmingen var at man skulle opplyse befolkningen

om de biologiske årsakene til psykisk lidelse. Ved å sammenligne mennesker med psykisk lidelse med andre personer med kroniske lidelser (som for eksempel diabetes) ville man unngå at pasienten ble gitt skylden for sin psykiske lidelse (Corrigan & Watson, 2004). Ved å gi befolkningen informasjon om at psykiske lidelser har biologiske årsaker, kan antagelser om at personen selv er ansvarlig for lidelsen, reduseres. Dette har igjen ført til mindre sinne og sosial avstand (Corrigan et al., 2002). Annen forskning derimot, har vist at selv om den biologiske tilnærmingen til antistigmakampanjer kan føre til at personen ikke blir holdt ansvarlig for å forårsake den psykiske lidelsen, kan dette føre til antagelser om at lidelsen er noe man ikke kan bli frisk av (Angermeyer & Matschinger, 2005a; Weiner et al., 1988). En slik oppfatning kan støtte velviljestigmaet, det at personer med psykiske lidelser må bli tatt vare på, og ikke greier å ta egne avgjørelser. Dette betyr at man også burde gi befolkningen kunnskap om at man kan bli frisk fra psykiske lidelser generelt, også fra schizofreni (Torgalsbøen, 2005). Den biologiske forklaringen kan også fremme stereotypien om at personer med psykiske lidelser er farlige (Corrigan & Watson, 2004). Dette kommer muligens av at personer med en slik lidelse antas ikke å ha kontroll over sin egen atferd, og dermed oppfattes som lite forutsigbare og voldelige (Read & Law, 1999). Disse forskerne undersøkte studenters holdninger til personer med psykiske lidelser. De fant at studentene som hadde biologiske årsaksforklaringer hadde negative holdninger og rapporterte også mer frykt overfor pasienter. Psykososiale forklaringsmodeller har vist seg å være effektive for å bedre holdninger til psykiske lidelser og redusere frykt (Read & Law, 1999). Disse har fokusert mer på stressorer i miljøet og traumer som årsaksfaktorer. Corrigan og Watson (2004) argumenterer allikevel for at dette ikke betyr at man skal unngå å lære opp befolkningen om de biologiske forklaringene. Men det bør gjøres på en nyansert måte slik at man får med alle aspektene, og dermed kan unngå stereotypiene som omgir psykiske lidelser.

Et sentralt diskusjonstema, med bakgrunn fra forskningen på å fremstille psykiske lidelser som en hjernelidelse, er hvorvidt det å bedre kunnskapen om psykiske lidelser faktisk fører til mer positive holdninger hos befolkningen. Jorm (2000) peker på at det er enighet om at det er store fordeler ved at offentligheten har kunnskap om fysiske lidelser, mens kunnskap om psykiske lidelser (kalt "mental health literacy") stort sett har blitt oversett. Han mener det er et problem at mange mennesker ikke kan gjenkjenne spesifikke lidelser eller forskjellige typer psykisk lidelse. Thornicroft, Rose, Kassam, og Sartorius (2007) peker på at det er bevis for at forsøk på å bedre befolkningens kunnskap om mentale lidelser kan være effektive i noen tilfeller, men at de ikke nødvendigvis bedrer verken holdninger eller atferd. Dette kommer an på hvilke intervensjoner man benytter. Thornicroft et al. (2007) mener

utfordringen innen forskningen på stigma fremover blir å identifisere hvilke intervensjoner som vil føre til redusering av diskrimineringen. I et kanadisk utvalg undersøkte Stuart og Arboleda-Flóres (2001) kjennskap til pasienter med schizofreni, kunnskap om lidelsen, og ønske om sosial avstand. De fant at både kunnskap og holdninger var relativt gode selv om rundt halvparten av utvalget mente at schizofreni handlet om splittet personlighet. Kunnskap om schizofreni var negativt korrelert med sosial avstand og alder. Det vil si at desto mer kunnskap de hadde om lidelsen, desto mindre stigmatiserende holdninger hadde de. Eldre respondenter hadde signifikant mindre kunnskap om schizofreni enn de yngre. Grunnet denne kunnskapsforskjellen mener Stuart og Arboleda-Flóres (2001) det kan være viktig å vite litt om bakgrunnen til populasjonen hvor man skal utføre antistigmakampanjer. Andre faktorer kan også påvirke, som om man har kjennskap til noen med en psykisk lidelse. Stuart og Arboleda-Flóres fant at kjennskap til noen med schizofreni var assosiert med mindre stigmatiserende holdninger. Det samme fant Myrvold (2008) når det gjaldt sammenhengen mellom det å kjenne noen med en psykisk lidelse og holdninger overfor lidelsen. Det viste seg altså at de med kjennskap til noen med en psykisk forstyrrelse hadde mindre stigmatiserende holdninger. Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, og Rowlands (2000) undersøkte synspunkter på ulike aspekter ved syv forskjellige psykiske lidelser i et utvalg av den britiske populasjonen. Når det gjaldt behandling og bedring hadde utvalget relativt mye kunnskap. De stigmatiserende holdningene de fant kunne derfor ikke begrunnes i mangel på kunnskap. Antistigmakampanjer må derfor gjøre mer enn å satse på å øke kunnskapen til befolkningen for å få til en holdningsendring.

Det er tydelig behov for å finne ut av hva som fører til endring av befolkningens holdninger til psykiske lidelser. Når det i tillegg ser ut til at stigmatiserende holdninger til schizofreni øker, er det nødvendig å se nærmere på myter og stereotyper knyttet til denne lidelsen. Hvorfor er nettopp denne psykiske lidelsen så misforstått?

Myter

Det er altså visse myter og negative antagelser assosiert med psykiske lidelser. Schizofreni har en feiloppfatning knyttet til seg om at splittet personlighet er et tegn eller symptom på lidelsen (Schomerus, Kenzin, Borsche, Matshinger, & Angermeyer, 2007). Knight et al. (2003) fant i en kvalitativ studie at personer diagnostisert med schizofreni opplever at andre ikke forstår seg på lidelsen, og de antar at det betyr at de har splittet eller flere personligheter. Denne forståelsen av schizofreni er uheldig, fordi den ikke er basert på

kunnskap om psykopatologi, og derved gir et uriktig bilde av lidelsen. Det er mulig denne feiloppfattningen har røtter i selve ordet schizofreni, som Bleuler introduserte i 1911 for å erstatte det Kreapelin hadde omtalt som dementia preacox. Schizofreni kommer av gresk "schizein" som betyr å splitte, og "phren" som betyr sinn. Bleuler søkte med denne betegnelsen å beskrive at det skjer en oppløsning av de psykologiske funksjonene tenkning, språk og emosjoner (Johannessen, 2005). Muligens kan dette ha ført til en sammenblanding av schizofreni med multippel personlighetsforstyrrelse (F44.8), som er klassifisert som en dissosiativ lidelse i ICD- 10 (Verdens Helseorganisasjon [WHO], 1994). Dette er en lidelse hvor personen har to eller flere forskjellige personligheter, men kun en av disse er fremtredende til enhver tid. Hver av personlighetene har egne minner, ønsker og atferdsmønstre og kontrollerer fra tid til annen atferden. Det varierer om de som har denne lidelsen er vitende eller uvitende om de andre personlighetene. Det ser imidlertid ut til at denne misforståelsen er et kulturavhengig fenomen, og mest utbredt i vestlige land. Schomerus et al. (2007) sammenlignet antagelser om schizofreni i Tyskland med Russland, og fant at nesten en tredjedel av alle de spurte i Tyskland assosierte schizofreni med splittet personlighet, mens kun to prosent av de spurte i Russland gjorde den samme assosiasjonen. Antagelsen om flere personligheter eller ustabilitet i personligheten kan muligens bidra til stereotypiene om at personer med schizofreni er lite forutsigbare og voldelige. I en studie som forsket på forskjellene mellom offentlige og profesjonelle oppfatninger om schizofreni, fant Wahl (1987) at det var store forskjeller i oppfatninger om hva man antar er typiske symptomer ved denne lidelsen. Det viste seg også at det blant lekfolkene var mange feiloppfatninger knyttet til denne diagnosen. For eksempel fant han at 62 % av lekfolkene som ble spurt, mente multippel personlighet var et vanlig eller veldig vanlig symptom på schizofreni. Stuart og Arboleda-Flóres (2001) fant i likhet med Wahl at mange av de spurte (47,2 %) mente at personer med schizofreni lider av splittet eller multiple personligheter. Angermeyer og Matschinger (2005a) fant også at det var store forskjeller blant lekfolk og fagfolk i Tyskland når det gjaldt oppfatninger om årsaker til schizofreni, målt i en studie i 1990.

På grunn av alle misforståelsene rundt schizofreni, er det noen som argumenterer for å forandre navnet på lidelsen. Levin (2006) mener at en ny betegnelse vil være nyttig for å lære opp pasienter og resten av befolkningen hva denne forstyrrelsen innebærer. Han mener det nye navnet bør være mer beskrivende for symptomatologien. De emosjonelle og ofte stigmatiserende vedhengene som følger med ordet schizofreni er så sterke at det er vanskelig å erstatte disse med andre forklaringer. Han mener et nytt navn kan bidra til å redusere stigma

knyttet til forstyrrelsen. På grunn av forventningene som ligger implisitt i navnet, fører det til uheldige konsekvenser for mange av de som blir diagnostisert med schizofreni. Bentall (1993) mener det er vitenskapelige grunner til at man burde gå bort fra konseptet om schizofreni. Han viser til evidens fra forskning om at det er måter å tenke om psykotisk atferd som ikke er avhengig av den diagnostiske klassifikasjonen som benyttes i dag. Bentall mener også at å fokusere på de spesifikke vanskene og erfaringene personer med psykose opplever kan gi viktige bidrag både til forskningen, og til alternative måter å klassifisere lidelsen på.

På bakgrunn av funn fra studien til Wahl (1987) ser det ut til at offentligheten mangler faktakunnskap om schizofreni. Han mener det kan være media som bidrar til disse feiloppfatningene gjennom stadig feilinformasjon. Jeg vil videre redegjøre for medias fremstilling av psykiske lidelser. Deretter presenteres forskning som undersøker sammenhengen mellom fremstillingen, og stereotypier og oppfatninger, om disse lidelsene.

Medias fremstilling

Det er viktig å undersøke nærmere hvordan media fremstiller psykiske lidelser, og hvilken påvirkning dette har. I følge Wahl (1995) vil de bildene som media gir offentligheten om psykiske lidelser være med på å forme holdninger og påvirke atferd. Når disse bildene i tillegg er ufordelaktige og uriktige, bidrar de til stigmatisering. Wahl (1995) argumenterer for at offentlighetens kunnskap om psykiske lidelser i hovedsak kommer fra massemedia.

Amerikanere har i spørreundersøkelser rapportert at massemedia er hovedkilden til kunnskap om psykiske lidelser (Robert Wood Johnson Foundation, 1990, ref. i Wahl, 1995).

Tilsvarende funn er også gjort i andre studier (Hyer, Gabbard, & Schneider, 1991; Philo, 1997). Dette er kanskje ikke så overraskende, for massemedia har et stort nedslagsfelt, og mentale lidelser blir hyppig omtalt. En av bekymringene fra fagfolk er at diagnoser blir fremstilt uriktig, og at media feilinformerer og forvirrer lesere og seere, spesielt i forhold til schizofreni (Wahl, 1995). Media kommuniserer ofte at schizofreni og multipel personlighetsforstyrrelse er det samme. Det er også blitt vanlig å bruke ordet ”schizofren” som en metafor for å beskrive et fenomen eller en tilstand som innehar store kontraster, og blir brukt om byer, politikere, holdninger og musikk. Schizofreni som ekvivalent med splittet personlighet finnes også i tegneserier, humor, på t- skjorter (”Jeg er schizofren.. og det er jeg og!”). Det er ikke til å undres over at befolkningen blander sammen disse to lidelsene når bruk av termen dukker opp på så mange områder, og spesielt i media.

Vi er kjent med filmer som Gjøkeredet og Nattsvermeren hvor rollefigurer med psykiske lidelser er sentrale. Vitenskapelige undersøkelser har kartlagt hvor omfattende fremstillingen av psykiske lidelser er. I en studie undersøkte Wahl (1995) hvor ofte personer med psykiske lidelser ble fremstilt i filmer. Han tok for seg bladet "Entertainment Weekly" som inneholder anmeldelser av nye filmer. Fra februar 1990 til februar 1991 ble 177 nye filmer anmeldt (Wahl, 1995). 18 av disse inneholdt en handling hvor en rollefigur med psykisk lidelse var sentral, i følge omtalen i programbladet. Dette betyr at i mer enn 10 % av de nye filmene dette året, ble handlingen beskrevet som at en psykisk forstyrrelse var en sentral del. Dersom dette er representativt, vil det si at personer som ser filmer jevnlig, kan forvente å se fremstillinger av personer med psykiske lidelser i minst en av ti nye filmer. Wahl og Roth (1982) kartla også hvor ofte psykiske lidelser ble fremstilt på TV. Forskerne og frivillige observerte TV- programmene til fem lokale TV- stasjoner i beste sendetid en hel måned (februar 1981). Totalt ble 385 programmer vist på disse fem TV- stasjonene denne måneden. 35 programmer hadde en rollefigur karakterisert med psykisk forstyrrelse i omtalen. Dette betyr at ca 9 % av programmene som ble vist på tv en måned, hadde et innhold hvor psykisk lidelse var en sentral del av handlingen i følge omtalen. De fleste av oss har også tilgang til aviser, bøker og blader som omtaler psykiske lidelser, både direkte og indirekte.

Det kan synes positivt at psykiske lidelser blir snakket om og ikke er like skjult som tidligere. Dette avhenger imidlertid av hvordan disse forstyrrelsene blir fremstilt. Hvilken informasjon som blir formidlet, hvilke inntrykk vi får av personen og om stereotypiene blir forsterket, er avgjørende for om det er positivt eller negativt at vi blir eksponert for beskrivelser av psykiske lidelser. Dessverre gjør massemedia ofte en dårlig jobb når det gjelder å formidle lidelsene på en riktig måte, og feilinformasjon er vanlig (Wahl, 1995). Hoveddelen av studiene som har forsket på nettopp dette, har vist at psykiske lidelser blir fremstilt på en fordreid måte (Angermeyer, Dietrich, Pott, & Matschinger, 2005). Eksempler på dette er at uønskede stereotypier ofte dominerer, og at diagnostiske termer blir brukt på unøyaktige og nedsettende måter. Medieanalyser viser tre vanlige feiloppfatninger om personer med psykiske forstyrrelser (Wahl, 1995). Disse tre er at: "De er mordere og man bør derfor frykte dem", "De er opprørske og frittenkende" og "De har barnslige oppfatninger om verden" (Rüsch et al., 2005). Den første feiloppfatningen omhandler frykt og ekskludering: Man bør være redd for personer med psykiske lidelser og de bør holdes utenfor samfunnet. Den andre feiloppfatningen omhandler autoritærianisme: Personer med psykiske vansker er uansvarlige, og derfor bør viktige avgjørelser gjøres av andre, på deres vegne. Den siste feiloppfatningen omhandler velvilje: Personer med psykiske forstyrrelser er barnslige og

trenger å bli tatt vare på. Faktoranalyse fra annen forskning innen stigma har bekreftet disse tre faktorene og sett at dette er vanlige oppfatninger om mentale lidelser i befolkningen (Brockington et al., 1993). Disse tre antagelsene kan sees i sammenheng med hvordan diskriminering påvirker personer med psykiske lidelser, med bruk av tvang i behandling, befolkningens tro på institusjonalisering, ikke å hjelpe eller aktivt å unngå denne gruppen.

Mange som får informasjon om psykiske lidelser gjennom massemedia, antar at denne informasjonen er korrekt (Wahl, 1995). Det forventes at informasjon om mentale forstyrrelser er kontrollert med eksperter på feltet, noe som er vanlig når medisinske tilstander blir fremstilt i media. I virkeligheten er slik ekspertkonsultasjon ved omtale av psykiske forstyrrelser heller sjeldent (Wahl, 1995). På tross av dette regner seerne og leserne med at den informasjonen de mottar er korrekt. Resultatet blir at de stoler på at fremstillingen av personer med denne typen lidelser stemmer overens med virkeligheten. Dette fører til misforståelser rundt mange av de grunnleggende faktaene om psykiske forstyrrelser, som for eksempel sammenblanding av schizofreni med splittet personlighet. Feilinformasjon og misforståelsene som følger av dette, får konsekvenser. Pårørende til en person diagnostisert med schizofreni kan bli forundret når familiemedlemmet får en schizofrenidiagnose uten å ha vist tegn på splittede eller forskjellige personligheter. Tiltroen til behandleren som har satt diagnosen kan svekkes på grunn av dette. Feilinformasjon kan også påvirke familiens mulighet til å gjenkjenne utbrudd av schizofreni hos et familiemedlem, fordi de ikke kjenner til symptomene. Dette kan hindre forsøk på å hjelpe familiemedlemmer som har det vanskelig, fordi familiens forståelse av lidelsen ikke stemmer overens med den faktiske symptomatologien. De samme misforståelsene og forvirringen rundt hvilke symptomer som hører til schizofrenidiagnosen kan være like frustrerende for personen som får diagnosen (Wahl, 1995). For pasienter og pårørende som har tilegnet seg en korrekt forståelse av symptomer på schizofreni, kan det være frustrerende at så mange andre i samfunnet misforstår hva diagnosen dreier seg om. Det oppleves som en støtte at andre forstår hva man gjennomgår i vanskelige faser i livet. Når man til stadighet blir konfrontert med en feil oppfatning av hva forstyrrelsen dreier seg om, kan dette føre til at man ikke opplever at man har støtte.

De siste årene har det vært en økende interesse for å forske på sammenhengen mellom hvordan personer med psykiske lidelser blir fremstilt i media, og stigmatisering. Granello og Pauley (2000) studerte forholdet mellom studenters TV- vaner og toleranse overfor personer med psykiske lidelser. Det viste seg at antall timer studentene så på TV hver uke, var positivt korrelert med intoleranse. Det vil si at det var en sammenheng mellom hvor mye studentene så på tv og negative holdninger overfor personer med psykiske lidelser. Angermeyer et al.

(2005) undersøkte forholdet mellom å se på TV og lese avisen, med holdninger overfor personer med schizofreni. Et representativt tysk utvalg ble brukt i spørreundersøkelsen. Forskerne fant en sammenheng mellom hvor mye personene så på TV og stigmatiserende holdninger (målt i ønske om sosial avstand). De stigmatiserende holdningene økte kontinuerlig med grad av TV- titting. Sammenhengen mellom å lese avisen og stigmatiserende holdninger var mindre, og kom an på hvilken avis det var snakk om.

Som beskrevet tidligere har både medieanalyser og faktoranalyser påpekt at noe som blir kommunisert i media er at man bør frykte personer med psykiske lidelser, fordi disse er voldelige og farlige. Effektene av stadig å bli utsatt for en uriktig fremstilling i media, er at stereotypier om disse personene blir fremmet. Dette er kanskje spesielt aktuelt i de tilfellene hvor psykiske lidelser blir knyttet til bruk av vold (Angermeyer et al., 2005). The Glasgow Media Group har forsket på mediedekning av psykiske lidelser i Skottland (Philo, 1997). Denne forskningen bestod av en omfattende innholdsanalyse i tillegg til en serie med fokusintervjuer i grupper. Undersøkelsene viste at feilaktige assosiasjoner av schizofreni og vold kan spores direkte tilbake til fremstillinger i media. Voldelige episoder som involverer personer med psykiske lidelser, og spesielt mennesker med schizofreni, får ofte uforholdsmessig stor dekning. Et eksempel fra vårt eget land er ”trikkedrapet” i 2004, hvor en ung mann ble drept av en person med psykose. Sayce (1998) mener at grunnen til at noen former for diskriminering har økt i løpet av 90- årene, kan ha å gjøre med den overproporsjonerte dekningen av den antatte, men ikke faktiske, økningen av drap begått av personer med psykiske lidelser. Angermeyer og Matschinger (1996) studerte befolkningens holdninger til psykiske lidelser i etterkant av to voldelige angrep mot kjente tyske politikere utført av personer med schizofreni. Begge drapsforsøkene fikk stor mediedekning. Forskerne fant bevis for at en selektiv rapportering fra media i etterkant av episodene førte til en økning av negative holdninger overfor personer med psykiske lidelser (målt i ønske om sosial avstand) sammenlignet med målinger gjort forut for hendelsene. I løpet av de neste to årene etter hendelsene ble det gradvis uttrykt mindre negative holdninger. Statistisk sett er ikke personer med schizofreni mer voldelige enn andre (Sayce, 1998), og det er derfor problematisk at de blir fremstilt slik i mediene. De er oftere offer for vold enn at de selv er voldsutøvere.

Fordi det er knyttet mange feiloppfatninger til schizofreni i vår kultur, er det av vesentlig betydning hvordan journalister omtaler denne lidelsen i mediene. Det er viktig at journalister skriver om denne lidelsen slik at den blir fremstilt korrekt, som for eksempel at fremstillingen gir et nyansert bilde når det skrives om voldelige handlinger begått av personer

med schizofreni. I Storbritannia har journalistforeningen utarbeidet retningslinjer for hvordan journalister skal rapportere om schizofreni på en korrekt måte. Disse er: 1) At man ikke skal bruke ordet schizofren som metafor, 2) Unngå å bruke negative adjektiver for å beskrive pasienter med schizofreni, 3) Ikke omtal en pasient med schizofreni som ”schizofren” eller ”schizofrene” etterfulgt av navnet, 4) Ta med informasjon som gir et perspektiv på den faktiske risikoen for vold når man rapporterer en voldelig hendelse begått av en person med schizofreni og 5) At man ikke skal bruke ordet ”løslatt” om utskrivelser fra institusjoner innen psykisk helsevern. I en studie undersøkte Clement og Foster (2008) om rapporteringen av schizofreni i avisartikler hadde bedret seg fra 1996 til 2005 når det gjaldt disse fem punktene. Forskerne fant kun en reduksjon i bruken av ordet schizofren på en metaforisk måte. Når det gjaldt de andre punktene fant forskerne ingen endring i rapportering. Alt i alt var det dessverre lite som tydet på at kvaliteten på artikler som omhandlet schizofreni hadde bedret seg over tid. Norsk Journalistlag har ikke utarbeidet tilsvarende retningslinjer.

Om denne studien

Jeg har valgt å bruke journalister som informanter til spørreundersøkelsen i et forsøk på å knytte forskningen om medias fremstilling av schizofreni sammen med den forskningen som er gjort på stigmatisering av schizofreni i samfunnet. Dette er en måte å undersøke hva en gruppe som fremstiller (eller kan komme til å fremstille) schizofreni i media, faktisk kan om lidelsen, og hvilke holdninger de har til personer med denne diagnosen. En slik vinkling er viktig fordi schizofreni ofte misforstås i samfunnet vårt. Jeg vil undersøke om feiloppfatningen om at schizofreni er det samme som splittet eller multippel personlighet, er like høy hos journalister som den er blant befolkningen generelt.

I forskningen på dette feltet har man funnet ulike resultater av sammenhengen mellom kunnskap og holdninger, noe jeg vil se nærmere på i denne studien. Denne sammenhengen er spesielt interessant når det gjelder schizofreni. Dersom det viser seg at det er en sammenheng mellom kunnskap og holdninger, vil jeg også undersøke om de journalistene som har feil kunnskap om schizofreni har mer negative holdninger til lidelsen, sammenlignet med de journalistene som har dårlig kunnskap om lidelsen. Dette vil kunne gi nyttig kunnskap om hvorvidt misforståelsene har innvirkning på holdningene til denne lidelsen, og således bidra til å forklare hvorfor schizofreni er den mest stigmatiserte psykiske lidelsen. Så vidt meg er bekjent, er det ikke utført tilsvarende studier innen stigmaforskningen tidligere.

Problemstillinger:

Er det en sammenheng mellom journalistenes kunnskap om schizofreni, og deres holdninger til personer med denne lidelsen?

- Hvor godt predikerer kunnskap stigmatiserende holdninger (hvor mye varians i holdninger kan forklares av kunnskap)?
- Hva predikerer holdninger best: Kunnskap eller andre uavhengige variabler som kjønn eller kjennskap til noen med en psykisk lidelse?
- Hvordan er sammenhengen mellom kunnskap og stigmatiserende holdninger? Er det slik at feilkunnskap gir mer stigmatiserende holdninger enn lite kunnskap, mens mye kunnskap gir minst stigmatiserende holdninger?

Metode

Prosedyre

Jeg henvendte meg til redaktørene i aviser i forskjellige deler av landet for å komme i kontakt med flest mulig journalister som skriver om helse- eller nyhetsstoff. Av hensyn til den tid jeg hadde til rådighet og studiens omfang, ble dette vurdert som den mest hensiktsmessige måten å komme i kontakt med målgruppen. På avisenes nettsider finnes mye informasjon, som kontaktinformasjon og ofte oversikt over hvor mange journalister som jobber med helse- eller nyhetsstoff i de respektive avisene.

Datainnsamlingen forgikk i perioden desember 2008 til februar 2009. Jeg sendte en e-post til redaktørene i 22 aviser (se appendiks B). Der forklarte jeg formålet med undersøkelsen og bad om at de videresende forespørselen til aktuelle journalister i avisen (se appendiks C). Etter en ukes tid fulgte jeg opp med en telefonsamtale for å høre om de hadde videresendt e- posten. Hvis de ikke hadde gjort det, fortalte jeg mer om undersøkelsen og prøvde å få dem til å videresende forespørselen. Det var 17 redaktører som valgte å delta. Blant de resterende fem redaktørene var det tre som ikke svarte på e- post og som jeg heller ikke fikk kontakt med på telefon. To var ikke interessert i å delta, noe som ble formidlet da jeg snakket med dem på telefonen. Flere av redaktørene fortalte at de får mange henvendelser på e- post og telefon fra forskjellige aktører. Dette var grunnen til at den ene av redaktørene ikke ville delta. Den andre redaktøren som avslo begrunnet avslaget med at de ikke ville delta på ”en kunnskapstest”. Mange av redaktørene var også vanskelige å få tak i, sannsynligvis på grunn av stor arbeidsmengde. De som valgte å delta var redaktørene fra Aftenposten, Asker og Bærum Budstikke, Avisa Nordland, Bergens Tidende, Dagbladet, Drammens Tidende, Fredrikstad Blad, Fædrelandsvennen, Haugesunds Avis, Nordlys, Rogalands Avis, Romerikes Blad, Stavanger Aftenblad, Sunnmørsposten, Tønsberg blad, Varden og VG. Alle disse redaktørene var positivt innstilt, og virket relativt interessert i temaet og undersøkelsen.

Redaktørene som sa seg villige til å samarbeide, videresendte spørreskjemaet til journalistene de mente var aktuelle. Redaktøren vurderte selv hvilke journalister som egnet seg best til å delta i undersøkelsen, etter at jeg fortalte at jeg ønsket personer som kunne komme til å skrive en artikkel om schizofreni i kraft av sin stilling. I små aviser hendte det at redaktøren sendte ut forespørselen til alle journalistene som arbeidet der, i og med at de i større grad skriver innenfor alle områder. I større aviser sendte redaktørene oftere ut til alle

som var ansatt med å skrive helsestoff, eller hele nyhetsavdelingen. Fordelen med å gjøre utvalget av deltagerne på denne måten var at redaktørene best kjenner sine ansatte og hvilke arbeidsområder de har. Dette kommer ikke alltid frem av avisenes nettsider. Det ville blitt vanskeligere å nå målgruppen jeg var interessert i, uten å kontakte redaktørene. Ulempen med denne måten å skaffe deltagere på, var at jeg ikke vet nøyaktig hvor mange som mottok forespørselen og lenken til spørreskjemaet. Minst 110 journalister mottok spørreskjemaet. Dette betyr at responsraten var mindre enn 35 %. Av de som mottok forespørselen, purret jeg en gang på de journalistene jeg hadde fått navn eller e- postadresse til. I alt purret jeg på 72 journalister etter ca tre uker. Dette betyr at noen av de som mottok forespørselen ikke fikk purring, noe som kan ha bidratt til den lave svarprosenten. Det ble lagt vekt på at deltagelse i undersøkelsen var frivillig. Spørreundersøkelsen var anonym. Det ble ansett at informert samtykke var gitt når personen hadde lest e- posten og valgte å svare på spørreundersøkelsen. Det var derfor ikke nødvendig å søke Regional Etisk Komité (REK) eller personvernombudet om godkjenning for å gjennomføre denne undersøkelsen.

Materiale

Det ble utarbeidet et spørreskjema til undersøkelsen som bestod av tre deler (se appendiks A).

Den første delen av spørreskjemaet bestod av 21 spørsmål som målte kunnskap om schizofreni. Svaralternativene var enten ”riktig” eller ”galt”. 12 av disse spørsmålene var riktige, og 9 var uriktige, og ble derfor reversert ved koding. Hvert av kunnskapsspørsmålene ble etterfulgt av et spørsmål om i hvilken grad personen var sikker på at det avgitte svaret var korrekt. Dette ble vurdert ved å angi hvor sikker man var på en syvpunkts likertskala hvor 1 sto for ’svært usikker’ og 7 sto for ’svært sikker’.

Den andre delen av spørreskjemaet målte holdninger til schizofreni og bestod av 25 utsagn. Deltageren ble bedt om å vurdere grad av enighet i en rekke utsagn på en likertskala fra 1 til 7 hvor 1 sto for ’helt uenig’ og 7 sto for ’helt enig’. Høyere skåre indikerte mer stigmatiserende holdninger. 13 av utsagnene omhandlet evaluering av personer med schizofreni, og derfor valgte jeg å bruke disse som operasjonalisering på stigmatiserende holdninger (se tabell 4). Dette er i samsvar med Petty og Wegener’s definisjonen på holdninger ”en generell evaluering av personer (inkludert en selv), objekter og temaer” (1998, ref. i Fiske, 2004).

Alle setningene bygde på utsagn som har blitt brukt som mål på holdninger til psykiske lidelser i tilsvarende undersøkelser tidligere, både i Norge og andre land. Rundt halvparten av disse var hentet fra skalaen om sosial avstand. Resten av utsagnene har blitt brukt i rapportene til Sverdrup og Bratt (2003) og Myrvold (2008) for å evaluere Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1997- 98). I begge rapportene omhandlet utsagnene holdninger til psykiske lidelser generelt. Utsagnene ble derfor omskrevet til å omhandle schizofreni. For eksempel ble utsagnet ”Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse” omgjort til ”Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får schizofreni”.

Den tredje og siste delen av spørreskjemaet bestod av åtte spørsmål som kartla demografiske karakteristikk. Journalistene ble bedt om å angi kjønn, alder, bosted, sivilstand, arbeidssituasjon, hvor mange år de hadde arbeidet som journalist, om de lærte noe om psykiske lidelser under studiet, og om de hadde noen i familien eller vennekretsen med psykiske lidelser.

Spørreskjemaet ble laget ved hjelp av programmet Nettskjema versjon 2.0.8 som er tilgjengelig for ansatte og studenter ved Universitetet i Oslo. Dette er et verktøy for å utforme og administrere datainnsamling ved hjelp av skjemaer på nettet. Ved opprettelse av spørreskjemaet får man en URL- adresse som deltagerne klikker på for å komme til nettsiden med spørreskjemaet. Etter å ha besvart skjemaet, trykker man ”lagre” nederst på siden for å levere. Nettskjemaet var innstilt slik at man måtte svare på alle spørsmålene for å levere skjemaet elektronisk. Det var imidlertid noen av deltagerne som markerte begge svaralternativene på noen av spørsmålene. Jeg har tolket dette som at de enten var usikre, eller at de ved en feil har kommet bort i begge avkrysningsmulighetene. Disse er skåret som ”manglende” i analysene.

Utvalg

Deltagerne i spørreundersøkelsen var journalister fra de 17 avisene nevnt tidligere. Totalt 39 journalister svarte på den nettbaserte spørreundersøkelsen. Journalistene mottok forespørsel på e- post. Forespørselen inneholdt en kort beskrivelse av forskningsprosjektet (se appendiks C) og en lenke til nettsiden med spørreskjemaet. Inklusjonskriteriene var at personen jobbet som journalist samt at denne i kraft av sin stilling kunne komme til å skrive en artikkel som direkte eller indirekte omhandlet schizofreni. Det siste kriteriet var det opp til redaktøren å vurdere (se prosedyre). Begge disse kriteriene synes å være oppfylt hos alle som

deltok. Det siste kriteriet er imidlertid lite spesifikt, fordi journalister som skriver helse relaterte artikler ikke nødvendigvis har skrevet artikler om schizofreni. Det er derimot en mulighet for at de kan komme til å gjøre det.

Analyser

Statistiske analyser ble utført ved hjelp av SPSS (versjon 16.0) for Windows. Jeg gjorde først deskriptive analyser for å undersøke utvalget ut i fra de åtte demografiske variablene. Reliabiliteten for den delen av spørreundersøkelsen som måler holdninger ble sjekket ved hjelp av Cronbachs alpha. Deretter utførte jeg en korrelasjon med Pearsons product moment korrelasjon. Videre gjorde jeg en standard multippel regresjonsanalyse for å estimere forholdet mellom holdninger og kunnskap ved samtidig å kontrollere for andre variabler (kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse). Den siste analysen var en eksplorerende enveis variansanalyse (ANOVA) . Denne ble brukt for å undersøke om det var forskjell i journalistenes holdninger hos de med mye kunnskap, lite kunnskap og feilkunnskap.

Resultater

Demografiske karakteristikk

Tabell 1 viser de åtte demografiske karakteristikkene. Av journalistene som svarte på spørreskjemaet, var 48,7 % (19) kvinner og 51,3 % (20) menn. Alderen på deltagerne var fra 24 til 63 år, med en gjennomsnittsalder på 44,9 år. Når det gjaldt bosted, var størsteparten bosatt på Østlandet (61,6 %), se tabell 1 for fordelingen på de andre landsdelene. Nesten halvparten av journalistene var gift (46,2 %), resten var enten samboende, enslig/ ugift eller skilt. Vedrørende jobbsituasjon arbeidet de aller fleste som journalist på heltid (92,3 %). Antall år deltagerne hadde arbeidet som journalist varierte fra 2 til 38 år. Gjennomsnittet var 20,1 år (se tabell 1 for nærmere beskrivelser). På spørsmål om de lærte noe om psykiske lidelser på studiet svarte de fleste (71,8 %) at de ikke lærte noe om dette i løpet av studietiden. Når det gjaldt om de hadde bekjente i familien eller vennekretsen med en psykisk lidelse, svarte 35,9 % at de hadde noen i familien med en psykisk lidelse og 33,3 % svarte at de hadde noen i vennekretsen med en psykisk lidelse.

Journalistenes kunnskapsnivå

Tabell 1

Demografiske variabler

<u>Kjønn</u>	
Kvinner:	48,7 %
Menn:	51,3 %
<u>Alder</u>	
20-29 år:	10,3 %
30- 39 år:	25,6 %
40- 49 år:	25,6 %
50- 59 år:	30,8 %
60- 69 år:	7,7 %
<u>Bosted</u>	
Nordnorge:	12,8 %
Vestlandet:	20,5 %
Østlandet:	61,6 %
Sørlandet:	5,1 %
<u>Sivilstatus</u>	
Gift:	46,2 %
Samboende:	25,6 %
Enslig/ ugift:	10,3 %
Skilt/ separert:	17,9 %
<u>Jobbsituasjon</u>	
Journalist på heltid:	92,3 %
Journalist på deltid/ student:	5,1 %
Journalist på heltid/ student:	2,6 %
<u>År som journalist</u>	
1- 9 år:	18 %
10- 19 år:	25,6 %
20- 29 år:	28,2 %
30- 39 år:	25,6 %
30+:	2,6 %
<u>Lært om psykiske lidelser i løpet av studietiden</u>	
Ja, jeg lærte mye:	5,1 %
Ja, jeg lærte noe:	18 %
Nei:	71,8 %
Husker ikke:	5,1 %
<u>Kjennskap til noen med psykisk lidelse</u>	
Ja, i familien:	35,9 %
Ja, i vennekretsen:	33,3 %
Ja, både i familien og i vennekretsen:	2,6 %
Nei:	28,2 %

Den første delen av spørreskjemaet målte kunnskap om schizofreni. Resultatene viste at journalistene hadde mye kunnskap om denne psykiske lidelsen (se tabell 2).

Tabell 2

Prosentandel som svarte "riktig" og "galt" på kunnskapsspørsmålene

		Riktig	Galt
1	Hos de som utvikler schizofreni dukker lidelsen som regel opp i tidlig voksenalder, det vil si i 20- årene.	81,1 %	17,9 %
2	Medikamenter brukt i behandlingen av schizofreni skaper avhengighet.	30,8 %	69,2 %
3	Symptomer i schizofreni kan være for eksempel hallusinasjoner, vrangforestillinger og/ eller forstyrrelser i tale og atferd.	87,2 %	12,8 %
4	Det er mulig at personer som utvikler schizofreni, har hatt en medfødt eller tidlig ervervet sårbarhet som i kombinasjon med stress senere i livet, bidrar til at personen utvikler lidelsen.	87,2 %	12,8 %
5	Mennesker med schizofreni lider ofte av splittet eller multiple personligheter.	76,3 %	23,7 %
6	I tiden før lidelsen bryter ut, har personen ofte redusert fungering i for eksempel jobb, skole, relasjoner eller egenpleie sammenlignet med tidligere.	87,2 %	12,8 %
7	Personer med schizofreni er ofte barnslige.	13,2 %	86,8 %
8	Det finnes flere undertyper av schizofreni, noe som gjør at personer med schizofreni-diagnose kan ha ganske forskjellige symptomer.	97,4 %	2,6 %
9	Det at en person som lider av schizofreni har en splittet personlighet, er en feiloppfatning.	46,2 %	53,8 %
10	Personer med schizofreni er ofte genier eller har gjerne et spesielt talent for noe.	20,5 %	79,5 %
11	Bruk av medisiner er viktig i behandlingen av schizofreni.	97,4 %	2,6 %
12	Hos personer med schizofreni vet ikke den ene halvdel av personligheten hva den andre halvdel driver med.	38,5 %	61,5 %
13	Schizofreni er en psykose-lidelse som involverer forstyrrelser i tenkning, tale, persepsjon, emosjon og atferd.	94,9 %	5,1 %
14	Schizofreni er observert over hele verden, men det ser ut til at noen er i større risiko. For eksempel har personer som er oppvokst i by større risiko enn de som er oppvokst på landet.	35,9 %	64,1 %
15	Personer med schizofreni utvikler lidelsen i tidlig barnealder, det vil si at de har hatt to eller flere personligheter fra de var små.	12,8 %	87,2 %
16	En grunn til at personer utvikler schizofreni kan være stressende faktorer i miljøet deres eller traumer de har opplevd, som for eksempel misbruk i barndommen, fattigdom eller stress på jobben.	65,8 %	34,2 %
17	Schizofreni forekommer hos rundt 10 % av den voksne befolkningen.	16,2 %	83,8 %
18	På grunn av at personer med schizofreni lider av splittet eller multiple personligheter, går dette ikke an å behandle, og de må leve med denne lidelsen resten av livet.	17,9 %	82,1 %
19	Man kjenner ikke riktig årsakene til schizofreni, men forskerne mener det er en blanding av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.	92,3 %	7,7 %
20	Rundt en tredjedel av personene som får schizofreni blir helt friske etter å ha hatt schizofreni, og lever fullverdige og produktive liv.	75,7 %	24,3 %
21	De fleste med schizofreni er ikke i stand til å ta viktige avgjørelser i livet sitt.	18,9 %	81,1 %

Kunnskap om hva lidelsen dreier seg om og symptomer. Journalistene hadde meget god kunnskap om hva slags psykisk lidelse schizofreni er, og hvilke symptomer som er vanlige (se tabell 2). 94,9 % av journalistene svarte riktig på spørsmål 13: ”Schizofreni er en psykose- lidelse som involverer forstyrrelser i tenkning, tale, persepsjon, emosjon og atferd”. Når det gjaldt spørsmål 8 (”Det finnes flere undertyper av schizofreni, noe som gjør at personer med schizofrenidiagnose kan ha ganske forskjellige symptomer”) svarte hele 97,4 % riktig. På spørsmål 3 om hvilke symptomer som er vanlige (”Symptomer i schizofreni kan være for eksempel hallusinasjoner, vrangforestillinger og/ eller forstyrrelser i tale og atferd”), visste 87,2 % at dette var korrekt.

Årsaker og stress- sårbarhetstenkning. Det var mange av journalistene (92,3 %) som svarte riktig på spørsmål 19 som omhandlet årsaker til schizofreni: ”Man kjenner ikke riktig årsakene til schizofreni, men forskerne mener det er en blanding av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer”. Det var noe færre, men likevel mange (65,8 %) som svarte riktig på spørsmål 16 som målte en psykososial forståelse av årsakene til schizofreni. ”En grunn til at personer utvikler schizofreni kan være stressende faktorer i miljøet deres eller traumer de har opplevd, som for eksempel misbruk i barndommen, fattigdom eller stress på jobben”. Det var også mange (87,2 %) som hadde kjennskap til stress- sårbarhetstenkning ved schizofreni. Dette kom til uttrykk ved at de svarte riktig på spørsmål 4: ”Det er mulig at personer som utvikler schizofreni, har hatt en medfødt eller tidlig ervervet sårbarhet som i kombinasjon med stress senere i livet, bidrar til at personen utvikler lidelsen”.

Prodromalfasen. Mange av journalistene hadde også god kunnskap om hva som skjer i prodromalfasen, altså i tiden før lidelsen bryter ut. 87,2 % svarte riktig på spørsmål 6: ”I tiden før lidelsen bryter ut, har personen ofte redusert fungering i for eksempel jobb, skole, relasjoner eller egenpleie sammenlignet med tidligere”. En god del av journalistene visste også når det er vanlig at lidelsen bryter ut (81,1 %). Disse svarte riktig på spørsmål 1: ”Hos de som utvikler schizofreni dukker lidelsen som regel opp i tidlig voksenalder.”

Behandling. Mange av journalistene hadde god kunnskap om behandlingen av schizofreni. Hele 97,4 % visste at: ”Bruk av medisiner er viktig i behandlingen av schizofreni” (spørsmål 11). Det var noe færre, 69,2 % som visste at medisinene ikke skaper avhengighet (spørsmål 2). Ganske mange, 75,7 % hadde også fått med seg at mange blir helt friske. Disse svarte riktig på spørsmål 20: ”Rundt en tredjedel av personene som får schizofreni blir helt friske igjen etter å ha hatt schizofreni, og lever fullverdige og produktive liv”. Det er interessant å sammenligne dette spørsmålet med spørsmål 34 i andre del av spørreskjemaet: ”Personer med schizofreni kan bli helt friske igjen”. Her var 25,6 % uenige

med utsagnet, 15,4 % svarte ”vet ikke” og 59 % var enige i dette utsagnet. Det kan altså se ut som om andelen journalister som visste at man kan bli frisk av schizofreni var rundt 60 %, samt at enda 15 % antok dette, men var noe usikre.

Schizofreni som splittet personlighet. På tross av at journalistene hadde mye kunnskap om schizofreni, var det i tillegg mange som holdt fast ved myten om schizofreni som splittet personlighet. Hele 76,3 % svarte bekreftende på spørsmål 5: ”Mennesker med schizofreni lider ofte av splittet eller multiple personligheter”. Ved å formulere spørsmålet på en reversert måte: ”Det at en person som lider av schizofreni har en splittet personlighet, er en feiloppfatning” (spørsmål 9), var fortsatt 53,8 % av journalistene uenige med utsagnet, og bekreftet dermed myten om schizofreni som splittet personlighet.

På spørsmål 12: ”Hos personer med schizofreni vet ikke den ene halvdel av personligheten hva den andre halvdel driver med” svarte 38,5 % bekreftende. 12,8 % mente at: ” Personer med schizofreni utvikler lidelsen i tidlig barnealder, det vil si at de har hatt to eller flere personligheter fra de var små” (spørsmål 15). På spørsmål 18: ” På grunn av at personer med schizofreni lider av splittet eller multiple personligheter, går dette ikke an å behandle, og de må leve med denne lidelsen resten av livet” var 17,9 % av journalistene enige i dette. Det er viktig å påpeke at disse spørsmålene (12, 15 og 18) ikke gir informasjon om hvor mange av journalistene som er enige eller uenige med myten om schizofreni som splittet personlighet. Det betyr imidlertid at henholdsvis 38,5 %, 12,8 % og 17,9 % av journalistene både bekreftet myten om schizofreni som splittet personlighet og *i tillegg* mente at henholdsvis den ene halvdel av personligheten ikke vet hva den andre driver med, at personene som er rammet har hatt lidelsen siden de var små og at lidelsen ikke går an å behandle.

Det er også interessant å legge merke til at ved spørsmålene vedrørende denne myten, var det en bemerkelsesverdig høy andel av de som svarte galt, som mente de hadde svart korrekt (se tabell 3). Sammenlagt ved alle 21 kunnskapsspørsmålene var i gjennomsnitt 32,2 % sikre på at (det gale) svaret de hadde gitt, var korrekt. Ved fire av de fem spørsmålene som omhandlet schizofreni som splittet personlighet var denne andelen mye høyere. Ved spørsmål 5 (”Mennesker med schizofreni lider ofte av splittet eller multiple personligheter.”), 9 (”Det at en person som lider av schizofreni har en splittet personlighet, er en feiloppfatning.”) og 18 (”På grunn av at personer med schizofreni lider av splittet eller multiple personligheter, går dette ikke an å behandle, og de må leve med denne lidelsen resten av livet.”) var over halvparten av de som svarte galt (og dermed var enig i myten) sikre på at de hadde svart riktig (henholdsvis 51,7 % og 52,4 % og 71,4 %). Kun ved to andre spørsmål var over halvparten av

de som hadde svart galt, sikre på at de hadde svart korrekt. Det ene av disse var spørsmål 10 som omhandlet stereotypien om at personer med schizofreni ofte er genier eller har et spesielt talent for noe. Her mente 62,5 % av de som svarte galt, at de var sikre på at de hadde svart rett. Det andre var spørsmål 8 som omhandlet at schizofreni har flere undertyper og derfor kan ha ganske forskjellige symptomer. Her var det en som svarte galt, og denne personen var sikker på at dette svaret var riktig, noe som derfor utgjorde 100 %. På spørsmål 12: ”Hos personer med schizofreni vet ikke den ene halvdel av personligheten hva den andre halvdel driver med” var det også forholdsvis mange (40 %) som var sikre på at det gale svaret var korrekt.

Tabell 3

Prosentandel som var usikre, ”verken eller” og sikre på sitt avgitte svar (riktig eller galt) på kunnskapsdelen

Spørsmål nummer:	Riktig svar:			Galt svar:		
	Usikker:	Verken eller:	Sikker:	Usikker:	Verken eller:	Sikker:
1	33,3 %	20 %	46,7 %	55,6 %	0 %	44,4 %
2	54,2 %	25 %	20,8 %	25 %	33,3 %	41,7 %
3	8,8 %	11,8 %	79,4 %	60 %	40 %	0 %
4	35,3 %	17,6	47,1 %	60 %	20 %	20 %
5	50 %	20 %	30 %	27,6 %	20,7 %	51,7 %
6	29,4 %	14,7 %	55,9 %	60 %	20 %	20 %
7	23,5 %	8,8 %	67,7 %	40 %	20 %	40 %
8	23,7 %	18,4 %	57,9 %	0 %	0 %	100 %
9	22,2 %	33,3 %	44,5 %	23,8 %	23,8 %	52,4 %
10	32,3 %	19,4 %	48,3 %	25 %	12,5 %	62,5 %
11	21,6 %	21,6 %	56,8 %	50 %	50 %	0 %
12	25 %	25 %	50 %	26,7 %	33,3 %	40 %
13	24,3 %	10,9 %	64,8 %	100 %	0 %	0 %
14	64,3 %	7,1 %	28,6	48 %	20 %	32 %
15	29,4 %	20,6 %	50 %	100 %	0 %	0 %
16	30,8 %	15,4 %	53,8 %	69,2 %	7,7 %	23,1 %
17	46,8 %	9,4 %	43,8 %	71,4 %	0 %	28,6 %
18	28,1 %	21,9 %	50 %	28,6 %	0 %	71,4 %
19	25 %	16,7 %	58,3 %	66,7 %	33,3 %	0 %
20	38 %	31 %	31 %	40 %	40 %	20 %
21	31,2 %	21,9 %	46,9 %	57,1 %	14,3 %	28,6 %

De resterende spørsmålene viste også rimelig god kunnskap om schizofreni. Andre feiloppfatninger og stereotypier ble undersøkt, både om personer med schizofreni ble sett på som barnslige, om de ble oppfattet som genier og om de ble vurdert til å kunne ta egne avgjørelser. 86,8 % av journalistene mente det ikke stemte at: ”Personer med schizofreni er ofte barnslige” (spørsmål 7). 79,5 % var uenige i utsagnet: ”Personer med schizofreni er ofte genier eller har gjerne et spesielt talent for noe (spørsmål 10). På spørsmål 21: ”De fleste med schizofreni er ikke i stand til å ta viktige avgjørelser i livet sitt”, var 81,1 % uenige i dette. Disse stereotypiene var altså ikke fremtredende hos journalistene. Mange av journalistene (83,8 %) svarte korrekt ”galt” på spørsmål 17 ”Schizofreni forekommer hos rundt 10 % av den voksne befolkningen”. Færre hadde fått med seg at noen personer er i større risiko for å utvikle schizofreni, for eksempel personer som vokser opp i byområder. Spørsmål 14 undersøkte dette. Det var kun 35,9 % som svarte bekreftende på spørsmålet: ”Schizofreni er observert over hele verden, men det ser ut til at noen er i større risiko. For eksempel har personer som er oppvokst i by større risiko enn de som er oppvokst på landet”.

Journalistenes holdninger

Stigmatiserende holdninger ble målt ved 13 spørsmål (se tabell 4). Høyere skåre indikerte mer stigmatiserende holdninger.

Tabell 4				
<i>Gjennomsnitt for hvor mange som er uenige, ikke visste og enige i holdningene</i>				
* = reversert fordi de gir uttrykk for positive holdninger		Uenige	Vet ikke	Enige
22	Personer som har schizofreni vil aldri være i stand til å arbeide igjen.	87,2 %	2,6 %	10,2 %
24	Personer med schizofreni kan være like hyggelige å være sammen med som andre mennesker.*	15,2 %	7,7 %	87, %
25	Personer som har schizofreni kan aldri bli helt lykkelige igjen.	69,3 %	7,7 %	23 %
27	Det er ikke flaut å ha schizofreni.*	17,9 %	17,9 %	64,1 %
28	Man kan se på en person at vedkommende har schizofreni.	92,3 %	7,7 %	0 %
29	Personer som får schizofreni har lite viljestyrke.	84,6 %	10,3 %	5,2 %
32	Hvis man får schizofreni har man mislyktes i livet.	89,7 %	7,7 %	2,6 %
33	Personer med schizofreni er ofte farlige.	76,9 %	12,8 %	10,3 %
34	Personer med schizofreni kan bli helt friske igjen.*	25,6 %	15,4 %	59 %
37	De aller fleste med schizofreni vil ha behov for å være innlagt resten av livet.	97,5 %	2,6 %	0 %
39	En person med schizofreni har kun seg selv å takke for at han/ hun har denne lidelsen.	100 %	0 %	0 %
41	Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får schizofreni.	87,1 %	7,7 %	5,2 %
46	Personer med schizofreni er lite forutsigbare.	41,1 %	30,8 %	28,2 %

Prosentvise besvarelser. For å analysere journalistenes holdninger, undersøkte jeg hvor mange prosent som var enige eller uenige med utsagnene. Ved hvert spørsmål kunne deltageren angi på likertskalaen hvor enig eller uenig de var i utsagnet. Deltagerne ble vurdert å ha lite stigmatiserende holdninger om de svarte et av de tre laveste alternativene på likertskalaen (forskjellige grader av ”uenig” med utsagnet). Det midterste punktet, 4 kan anses som verken enig eller uenig, og ble derfor definert som ”vet ikke”. De ble vurdert å ha stigmatiserende holdninger dersom de svarte et av de tre høyeste alternativene på likertskalaen (forskjellige grader av ”enig” med utsagnet). Tabell 4 viser oversikten over prosentandel journalister som var enige, uenige eller ikke visste, ved hvert av utsagnene.

Sammenlagt viste denne delen nokså lite stigmatiserende holdninger blant journalistene. Det var ingen som var enig i utsagnene: ”Man kan se på en person at vedkommende har schizofreni”, ”De aller fleste med schizofreni vil ha behov for å være innlagt resten av livet” og ”En person med schizofreni har kun seg selv å takke for at han/ hun har denne lidelsen”. De høyeste prosentandelene som var enig i utsagnene var ved utsagnene: ”Personer som har schizofreni kan aldri bli helt lykkelige igjen” (23 %), ”Personer med schizofreni kan bli helt friske igjen” (25,6 %) (reversert på grunn av måten utsagnet ble stilt) og ”Personer med schizofreni er lite forutsigbare” (28,2 %).

Reliabilitet

På grunn av at de 13 spørsmålene jeg benyttet som mål på holdninger ikke har vært brukt på tilsvarende måte i tidligere studier er det viktig å undersøke om skalaen er reliabel. For å undersøke om skalaen hadde en god indre konsistens, ble Cronbachs alpha koeffisient benyttet. Cronbachs alpha for skalaen var .713 ($n=39$). En koeffisient høyere enn .7 tyder på at skalaen var reliabel med dette utvalget (Pallant, 2001).

Preliminære analyser

Alle kunnskapsspørsmålene ble summert til en variabel, kalt ”Kunnskap”. Gjennomsnittlig skåre på kunnskap var 15,8 ($X=15,8$, $s=5,8$, $SD=2,4$). For å kunne utføre videre analyser med holdninger som variabel, ble det laget en sumskåre av disse 13 spørsmålene. Gjennomsnittet var 28,2 ($X=28,2$, $s=76,5$, $SD=8,7$). Den laveste skåren for holdning var 16 mens den høyeste skåren var 49. Denne variabelen ble kalt ”stigmatiserende holdninger”.

Preliminære analyser ble utført, for å være sikker på at antagelsene om normalitet, lineæritet og homosedasitet ikke skulle bli utfordret. Både kunnskap og stigmatiserende holdninger viste seg å være relativt normalfordelt. Skårene for både kunnskapsdelen og holdningsdelen var ikke- signifikante i følge resultatene på Kolmogorov- Smirnov testen. Dette indikerer normalitet. Distribusjonen av skårer i kunnskap var skjøvet noe mot venstre (skewness: -.02) mens distribusjonen av skårer i stigmatiserende holdninger var skjøvet noe mot høyre (skewness: .65). Både kunnskapsdelen og holdningsdelen hadde negative kurtosis, noe som indikerer at distribusjonen er relativt flat. Å få en helt normal distribusjon (skewness- og kurtose- verdier på 0) er heller uvanlig innen sosialvitenskapene. Det var ingen uteliggere.

Forut for en multippel regresjonsanalyse må det i tillegg sjekkes for multikolinearitet og singularitet mellom de uavhengige variablene. En måte å teste dette på er ved bruk av kolinearitetstest. Dersom toleranseverdiene her er veldig lave (nær 0), tyder dette på multikolinearitet. Verdiene for kunnskap, kjønn og kjennskap til noen med psykisk lidelse var henholdsvis .723, .923 og .753. Resultatene tydet på at multikolinearitet ikke var tilfelle i disse analysene. Angående singularitet, var variablene kunnskap, kjønn og kjennskap til noen med psykiske lidelser uavhengige av hverandre. Det så derfor ut til at antagelsene om multikolinearitet og singularitet ikke var utfordret.

Ved enveis variansanalyse må det også testes for homogenitet av variansene. Dette gjøres ved hjelp av Levene's test for homogenitet av varians, og denne sjekker om variansen i skårene er det samme for alle tre gruppene. Resultatene viste at for de tre kunnskapsgruppene var signifikansverdien på Levenes's test høyere enn .05 (sig= .298, df=2,36), noe som betyr at antagelsen om variansenes homogenitet ikke var brutt.

Korrelasjon

Forholdet mellom kunnskap og stigmatiserende holdninger til schizofreni ble undersøkt med Pearson product- moment korrelasjonskoeffisient. Det var en signifikant negativ korrelasjon mellom disse to variablene ($r = -.394$, $n=39$, $p<.05$). Et alfanivå på .05 ble benyttet i den statistiske analysen. $R = -.394$ antas å være en moderat korrelasjon (Pallant, 2001). Resultatet viste at mer kunnskap var assosiert med mindre stigmatiserende holdninger. Dette betyr at journalister med mye kunnskap hadde mindre stigmatiserende holdninger til schizofreni. Tilsvarende betyr det også at de med mindre kunnskap hadde mer stigmatiserende holdninger.

Multippel regresjon

Standard multippel regresjonsanalyse ble brukt. Resultatene viste at 14,3 % av variansen (standardisert $R^2 = .143$) i den avhengige variabelen (stigmatiserende holdninger) ble forklart av de uavhengige variablene (kunnskap, kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse). Ved testing av nullhypotesen om at multiple R i populasjonen er lik 0, viste resultatene at vi kan forkaste nullhypotesen. Resultatene viste også at modellen var statistisk signifikant ($p < .05$). Et forkastningsnivå på .05 ble benyttet i analysene.

Resultatene viste også hvilke av variablene som bidro til prediksjonen av den avhengige variabelen (stigmatiserende holdninger). Ved sammenligning av de uavhengige variablene, var bidraget fra "kunnskap" den uavhengige variabelen som utgjorde det sterkeste unike bidraget med å forklare "stigmatiserende holdninger", etter at de to andre uavhengige variablene (kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse) var kontrollert for. Den standardiserte Betaverdien for kunnskap var $= -.387$, mens Betaverdiene for kjønn og om de kjenner noen med psykiske lidelser, var henholdsvis $= .135$ og $-.220$. Det viste seg også at Kunnskap utgjorde et signifikant unikt bidrag ($p < .05$) på å predikere holdninger. Kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse utgjorde ikke signifikante bidrag til å forklare holdninger ($p > .05$).

Enveis variansanalyse

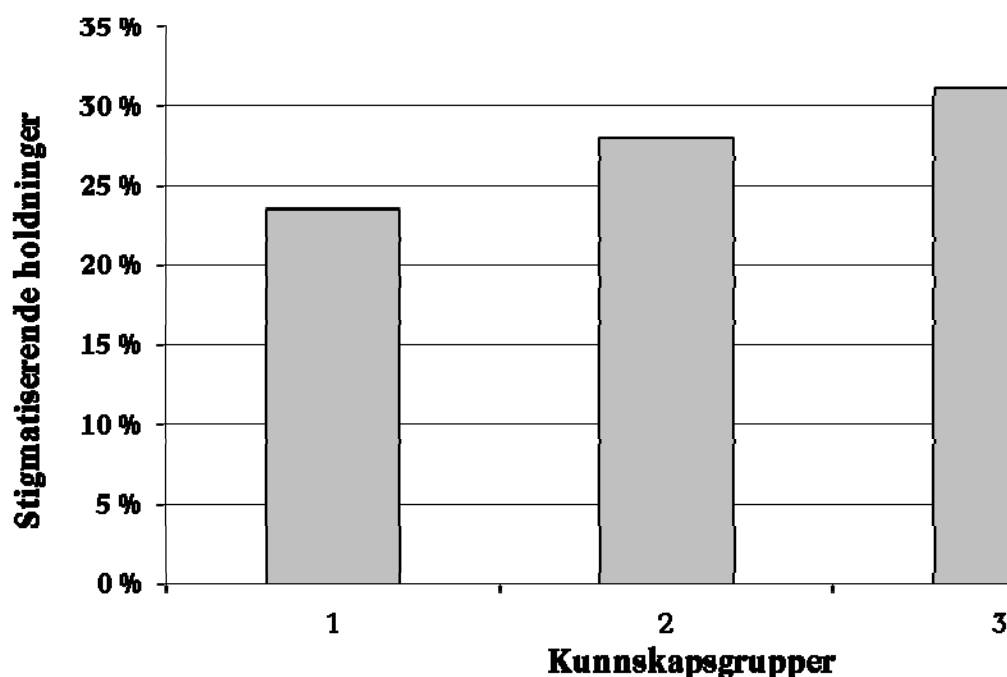
For å undersøke hvilken påvirkning forskjellig nivå av kunnskap hadde på holdninger, ble deltagerne delt inn i tre grupper. Gruppe 1 var de som hadde mest kunnskap om schizofreni, operasjonalisert ved at de skåret mer enn ett standardavvik høyere enn gjennomsnittet ($X=15,8$, $SD=2,4$, $15,8+2,4 \approx 18$) i kunnskapsdelen av spørreundersøkelsen. Det var 21 spørsmål som målte kunnskap om schizofreni, noe som betyr at 21 var maks skåre. Ingen av deltagerne hadde høyere skåre enn 20. Ti personer havnet i denne gruppen. Deretter ble deltagerne delt inn i to grupper avhengig av om de hadde lite kunnskap eller feil kunnskap om schizofreni. Gruppe 2 hadde lite kunnskap om schizofreni. Dette ble operasjonalisert ved at de hadde skåre på mellom 13 og 17 poeng (den laveste kunnskapsskåren var 13). Disse personene antok allikevel ikke at schizofreni er det samme som splittet personlighet. Totalt 13 personer havnet i denne gruppen. Gruppe 3 var de som hadde feilkunnskap om schizofreni. Dette ble operasjonalisert ved at de hadde tre eller flere feil til sammen på de fem spørsmålene som omhandlet myten om schizofreni som splittet personlighet. Tre av fem feil

på disse spørsmålene indikerte en relativt sterk feiloppfatning om schizofreni. På grunnlag av disse kriteriene havnet 16 personer i denne gruppen.

En enveis variansanalyse ble utført for å undersøke om det var forskjell i holdninger mellom de som hadde feil kunnskap sammenlignet med de som hadde lite kunnskap. Det var en forskjell i gjennomsnittlig skåre på holdninger mellom disse gruppene (se figur 1). Gjennomsnittet for gruppe 1 var 23,6 ($X=23,6$, $SD= 5,5$), gjennomsnittet for gruppe 2 var 28 ($X=28$, $SD= 10$) og gjennomsnittet for gruppe 3 var 31,25 ($X=31,25$, $SD= 8,5$). Selv om gjennomsnittene av stigmatiserende holdninger til de tre forskjellige gruppene av kunnskap gikk i forventet retning, var de ikke statistisk signifikante ($F(2, 36)=2.6$, $p>.05$).

Figur 1

Kunnskapsgrupper. Gruppe 1= Mye kunnskap Gruppe 2= Lite kunnskap Gruppe 3= Feil kunnskap



Diskusjon

Hovedfunn

Det er 4 hovedfunn jeg vil fremheve: 1) Deskriptive resultater fra spørreundersøkelsen, både om kunnskapsnivået (herunder også myten om schizofreni som splittet personlighet og andre stereotypier) og holdningene blant journalister, 2) Sammenhengen mellom kunnskap og holdninger, 3) Sammenhengen mellom kunnskap og holdninger, kontrollert for kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse og 4) Forskjell i stigmatiserende holdninger på bakgrunn av kunnskapsnivå.

1) Deskriptive resultater fra spørreundersøkelsen

Kunnskap blant journalistene. Resultatene viste at journalistene hadde mye kunnskap om schizofreni, både når det gjaldt hva lidelsen dreide seg om, symptomer, årsaker, stress-sårbarhetstenkning, prodromalfasen og behandling. Dette er i samsvar med andre studier. Som beskrevet fant Stuart og Arboleda-Flóres (2001) også at den kanadiske befolkningen hadde god kunnskap om schizofreni. De var godt informert om både årsaker til, og behandling av schizofreni. Crisp et al. (2000) fant også at kunnskap om behandling og prognose ved schizofreni i et representativt utvalg av den britiske befolkningen var bra. En noe eldre studie (Wahl, 87) fant derimot at lekfolk hadde dårlig kunnskap om symptomer, årsaker og behandling av schizofreni sammenlignet med fagfolk. Angermeyer og Matschinger (2005a) fant at et representativt utvalg av den tyske befolkningen og fagfolk i 1990 hadde svært forskjellige oppfatninger om årsaker til schizofreni. Dette kan tyde på at kunnskapen om schizofreni har blitt bedre i løpet av de siste tjue årene.

Det har ikke blitt gjort norske undersøkelser om befolkningens kunnskap om schizofreni, men det har blitt gjort undersøkelser vedrørende kunnskap om psykiske lidelser generelt. I forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63, 1997-98) har flere undersøkelser målt befolkningens kunnskap om psykiske lidelser. Rapportene til Sverdrup og Bratt (2003) og Myrvold (2008) undersøkte befolkningens kunnskap, og fant at denne var relativt dårlig. I rapporten fra 2003 fant forskerne at to tredjedeler av de som deltok svarte at de hadde lite kjennskap til sentrale psykiske lidelser og problemer. Resultatene fra rapporten i 2008 viste at nesten halvparten av deltagerne mente at de ikke hadde nok

kunnskap om psykiske lidelser. Ved sammenligning av undersøkelsene fra 2002 og 2007 viste resultatene at det har skjedd relativt små endringer i befolkningens vurderinger av egen kunnskap om psykiske lidelser.

Rapporten til Sverdrup og Bratt (2003) undersøkte også befolkningens vurdering av egen kunnskap om forskjellige psykiske lidelser. Resultatene viste at under 20 % av utvalget mente de hadde god kunnskap om schizofreni. Dette var lavere enn ved andre psykiske lidelser, som depresjon, angst, fobier og bipolar lidelse. Det er ikke enkelt å sammenligne kunnskapsnivået til journalistene i denne undersøkelsen med kunnskapsnivået i befolkningen generelt. Fordi kunnskapsnivået til journalistene var høyt, samt at rapporten til Sverdrup og Bratt (2003) tydet på dårlig kunnskap hos befolkningen, kan det se ut som om journalistene hadde over gjennomsnittlig kunnskap om denne lidelsen. Dette er også rimelig å anta både på grunn av at de har relativt lang utdanning, og at de i kraft av sin stilling vet mer om helse generelt, enn resten av befolkningen. Høyt utdanningsnivå ble assosiert med noe mer kunnskap, og også mindre stigmatiserende holdninger i rapporten til Myrvold (2008).

Schizofreni som splittet personlighet. Selv om kunnskapen om schizofreni var meget bra blant journalistene, var likevel 76,3 % enige i myten om at personer med schizofreni lider av splittet eller multipl personlighet. At så mange av journalistene bekreftet denne myten var uventet. Det var i tillegg overraskende at så mange av de som svarte galt var så sikre på at dette var korrekt. Sannsynligvis bekrefter dette hvor sterk misforståelsen om schizofreni er. Resultatet er i samsvar med andre studier. For eksempel fant Stuart og Arboleda-Flóres (2001) at selv om resultatene viste god kunnskap om schizofreni, bekreftet fortsatt 47,2 % stereotypien om schizofreni som splittet eller multiple personligheter. Det kan altså se ut til at det å ha mye kunnskap om schizofreni ikke nødvendigvis fører til at man avlærer stereotypien om schizofreni som splittet personlighet. Dette funnet kan styrke argumentene til Bentall (1993) og Levin (2006) om at det vil være fordelaktig å endre betegnelsen på schizofreni, fordi misforståelsene som følger med betegnelsen er så sterke at de er vanskelige å erstatte med en korrekt forståelse.

Mange studier har funnet at en stor andel av respondentene mente schizofreni handlet om splittet eller multiple personligheter (47,2 % hos Stuart & Arboleda-Flóres, 2001, 62 % hos Wahl, 1987). Imidlertid er det ingen funn som har vist like stor andel av personer som bekreftet myten, som i denne studien (76,3 %). Da det ikke foreligger lignende studier i Norge, er det vanskelig å si noe om hvorfor denne andelen var så høy blant journalistene. Som beskrevet tidligere fant Schomerus et al. (2007) at denne myten er kulturavhengig. Disse forskerne undersøkte representative utvalg i Tyskland og Russland, og fant at stereotypien var

langt mer utbredt i Tyskland enn i Russland. Det kan tenkes at det er kulturelle forskjeller eller tradisjoner som gjør at denne stereotypien står spesielt sterkt i Norge. En annen årsak kan være at denne stereotypien står særlig sterk blant journalister på grunn av at dette er en yrkesgruppe som er spesielt opptatt av bruken av ord, og som på grunn av sitt yrke er nødt til å ha kunnskap om ord og etymologi. Det er som beskrevet mulig at årsaken til feiloppfatningen kommer av opphavet til ordet schizofreni. Ordet schizofreni blir ofte brukt på en metaforisk måte, spesielt i media, selv om dette ikke er i samsvar med psykopatologien. Muligens er dette en norm som har utviklet seg blant denne yrkesgruppen, og som selv om den ikke stemmer overens med lidelsen, er en vanlig feiloppfatning.

Andre stereotypier. I følge medieanalyser beskrevet i innledningen (Wahl, 1995), blir tre oppfatninger om personer med psykiske lidelser ofte fremstilt. Den første er at de er mordere og at man derfor bør frykte dem, den andre er at de er opprørske og frittenkende og den tredje er at de er barnslige. Resultatet fra denne spørreundersøkelsen viste at disse stereotypiene om schizofreni ikke var fremtredende blant journalistene i dette utvalget. Når det gjaldt om personer med schizofreni ble oppfattet som farlige og lite forutsigbare, var de fleste av journalistene uenige med disse utsagnene. Det var kun en liten andel som var enige i at personer med schizofreni er farlige (10,3 %), mens det var noen flere som mente at de kunne være lite forutsigbare (28,2 %). Få var enige i stereotypien om at de ikke er i stand til å ta viktige avgjørelser i livet sitt (18,9 %). Det var også få journalister som var enige i utsagnet om at personer med schizofreni er barnslige (13,2 %). Det ble i tillegg undersøkt om journalistene mente at personer med schizofreni er genier eller ofte har et spesielt talent for noe. Også her var de fleste uenige med utsagnet, kun 20,5 % bekreftet denne stereotypien. Disse stereotypiene var altså lite utbredt blant journalistene. Fordi ikke alle avkreftet utsagnene, var det en liten andel som bekreftet stereotypiene. Alt i alt kan disse funnene tyde på at medieanalyser i avisene i Norge ikke ville vist like stor andel av stereotypiene sammenlignet med medieanalyser i USA (Wahl, 1987).

Holdningene. Holdningene var generelt lite stigmatiserende. De fleste journalistene svarte med lave tall på likertskalaen, altså lite stigmatiserende holdninger. Ingen av journalistene var enige i disse tre utsagnene: ”Man kan se på en person at vedkommende har schizofreni”, ”De aller fleste med schizofreni vil ha behov for å være innlagt resten av livet” og ”En person med schizofreni har kun seg selv å takke for at han/ hun har denne lidelsen”. Av de resterende utsagnene var det også få som hadde stigmatiserende holdninger. De utsagnene med høyest andel av stigmatiserende holdninger var: ”Personer med schizofreni er

lite forutsigbare”, ”Personer med schizofreni kan bli helt friske igjen”, ”Personer med schizofreni kan aldri bli helt lykkelige igjen” og ”Det er ikke flaut å ha schizofreni”. Dette tyder på at journalistene i dette utvalget har reflekterte og lite stigmatiserende holdninger til pasienter med denne lidelsen. Studien sammenligner ikke schizofreni med andre psykiske lidelser, det er derfor vanskelig å se denne studien i sammenheng med annen forskning som er gjort. Som beskrevet har forskning vist at schizofreni er den mest stigmatiserte psykiske lidelsen (Arbanas, 2008; Arkar & Eker, 1992; Mann & Himelein, 2004; Pescosolido et al., 1999; Stuart & Arboleda-Flóres, 2001) Det kommer ikke frem hvor stor grad av stigmatisering det er snakk om i disse studiene. Unntaket er studien til Stuart og Arboleda-Flóres (2001) som rapporterte prosentandel stigmatiserende holdninger. Ved sammenligning av to utsagn som var tilsvarende denne spørreundersøkelsen, viste dette at utvalgene hadde nokså lik svarprosent. Mens 6,7 % av deltagerne i Stuart og Arboleda-Flóres sin studie rapporterte at de ville skammet seg om noen i familien hadde hatt schizofreni, var svarprosenten i denne undersøkelsen 7,7 %. Når det gjaldt om man ville giftet seg med noen med schizofreni, svarte 75,2 % i Stuart og Arboleda-Flóres sin studie, sammenlignet med 46,2 % i min studie avkreftende. Dette kan tyde på nokså lik grad av stigmatisering i disse to undersøkelsene. Rapportene til Sverdrup og Bratt (2003) og Myrvold (2007) viste at befolkningen generelt hadde lite stigmatiserende holdninger til psykisk syke, slik det ble målt i disse undersøkelsene. For påstandene lå gjennomsnittsskåren relativt lavt også her. Det er viktig å ha i minne at holdninger er et sammensatt konsept (Fiske, 2004), og dermed komplisert å forske på, på grunn av sensitiviteten. Dette kommer jeg tilbake til i sosial ønskverdighet senere i oppgaven.

Det kan også være grunner til å anta at journalistene er en gruppe som har lite stigmatiserende holdninger overfor personer med schizofreni. For det første har journalister en relativt lang utdannelse. Det kan også tenkes at journalister generelt er en tolerant gruppe. Forskning har vist at kontakt mellom personer med og uten psykiske lidelser fører til mindre stigmatiserende holdninger (Corrigan et al., 2001; Corrigan et al., 2003). Det er mulig at journalister er en yrkesgruppe som møter mange mennesker i forbindelse med jobben, for eksempel personer med schizofreni eller andre psykiske lidelser. I så fall kan dette ha ført til mindre stigmatiserende holdninger.

2) Sammenhengen mellom kunnskap og holdninger

Resultatene viste en negativ korrelasjon mellom kunnskap og stigmatiserende holdninger. Journalistene med mye kunnskap om schizofreni hadde altså mindre stigmatiserende holdninger, og de med mindre kunnskap hadde mer stigmatiserende holdninger. Å forske på sammenhengen mellom kunnskap og holdninger er viktig fordi det kan si oss noe om, og eventuelt på hvilken måte, disse henger sammen. Dette kan være nyttig informasjon for eksempel i forbindelse med antistigmakampanjer. Forskjellige studier har vist ulike resultater når det gjelder sammenhengen mellom kunnskap og holdninger. Thornicroft et al. (2007) mener det er bevis for at bedring av befolkningens kunnskap faktisk fører til mindre stigmatiserende holdninger i noen tilfeller. Annen forskning viser at det ikke alltid er slik, og at en økning i kunnskap ikke nødvendigvis fører verken til bedre holdninger eller atferd overfor personer med psykisk lidelse. Crisp et al. (2000) fant at selv om kunnskapen om schizofreni og seks andre psykiske lidelser var bra blant befolkningen i Storbritannia, var det mye stigmatiserende holdninger. De stigmatiserende holdningene var altså ikke basert på en generell mangel på kunnskap om psykiske lidelser. Forfatterne konkluderte med at kampanjer for å redusere stigma må bidra med mer enn å øke kunnskapen om de stigmatiserte lidelsene. Stuart og Arboleda-Flóres (2001) fant i likhet med denne studien at mer kunnskap var assosiert med mindre stigmatiserende holdninger. Det var også en sammenheng mellom alder og kunnskap, hvor eldre hadde mindre kunnskap om schizofreni, og også mer stigmatiserende holdninger. Kjennskap til personer med schizofreni var ikke korrelert med verken kunnskap eller holdninger i dette utvalget, de med mer kjennskap til personer med denne lidelsen hadde tilsvarende kunnskap og stigmatiserende holdninger som resten av utvalget.

3) Sammenhengen mellom kunnskap og holdninger, kontrollert for kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse

Korrelasjon og regresjonsanalyse er to statistiske analyser som er nært forbundet med hverandre, men regresjonsanalyse er en mer avansert metode. Den har som fordel at den kan si noe om hvilken variabel som påvirker den andre. I tillegg kan regresjonsanalyse også predikere hvor mye av en variabel som påvirker en annen, gitt det utvalget man har. Selv om metoden ikke sier noe om årsakssammenheng (se ”metodologiske betraktninger” nedenfor), kan den bekrefte det prediktive forholdet mellom kunnskap og holdninger. Resultatene fra den multiple regresjonsanalysen viste at kunnskap var den variabelen som best predikerte holdninger, sammenlignet med kjønn og det å ha kjennskap til noen med en psykisk lidelse. Dette betyr at etter å ha kontrollert for kjønn og kjennskap til noen med

psykisk lidelse, hadde fortsatt kunnskap en signifikant effekt på holdninger. Resultatene viste også at det kun var kunnskap som hadde et unikt bidrag til faktoren holdninger. I tillegg viste resultatene at 14,3 % av variansen i holdninger ble forklart av de avhengige variablene i modellen (kunnskap, kjønn og kjennskap til noen med en psykisk lidelse).

I andre studier fant forskere at kjønn (Mann & Himelein, 2004; Myrvold, 2008), og særlig kjennskap til noen med en psykisk lidelse (Myrvold, 2008; Stuart & Arboleda-Flóres, 2001) påvirket holdningene. Når dette ikke ble funnet i denne studien, kan det tyde på at det ikke var slik blant journalistene i dette utvalget. Mål på kjennskap til noen med psykisk lidelse i denne undersøkelsen undersøkte ikke kjennskap spesifikt til person med schizofreni men om kjennskap til person med psykisk lidelse generelt. Grunnen til dette var at spørsmålet kunne bli oppfattet som sensitivt. I tillegg ville det ut i fra prevalensen av schizofreni i befolkningen, muligens vært få som hadde kjennskap til person med denne lidelsen, og at sammenhengen derfor ikke ville gitt utslag på analysene. Det er mulig dette spørsmålet var for lite spesifikt til å ha innvirkning på holdninger til schizofreni. Det hadde vært interessant å undersøke om kjennskap til en person med schizofreni ville ført til mindre stigmatiserende holdninger til akkurat denne lidelsen.

Det er en svakhet å utføre regresjonsanalyse når utvalget er lite, slik som i denne studien. Det er en vanlig antagelse at man trenger minst femten informanter per avhengige variabel (Pallant, 2001). Dette gjorde at det kun var mulig å kontrollere for tre uavhengige variabler med utvalget fra studien (n=39), og selv dette var noe færre respondenter enn det altså burde ha vært (minst n=45). Ved et større utvalg, kunne man i tillegg kontrollert for andre interessante variabler, som alder, antall år arbeidet som journalist eller i forhold til om de lærte noe om psykiske lidelser.

4) Forskjell i stigmatiserende holdninger på bakgrunn av kunnskapsnivå

En eksplorerende variansanalyse undersøkte om det var forskjell i holdninger hos journalister med mye, lite eller feil kunnskap. Resultatet viste at det var forskjell i gjennomsnitt i holdningene til disse tre gruppene i forventet retning. De med feilkunnskap hadde mest stigmatiserende holdninger. De med mye kunnskap hadde minst stigmatiserende holdninger, og de med lite kunnskap befant seg midt mellom disse gruppene. Det ser altså ut til å være en tendens til at de med feil kunnskap hadde mer stigmatiserende holdninger enn de med lite kunnskap. Denne sammenhengen var imidlertid ikke signifikant. Det er derfor ikke grunnlag for å si noe om det faktisk er forskjell i stigmatiserende holdninger hos de som har

mye, lite og feil kunnskap, eller om det var tilfeldig at gjennomsnittene var forskjellige i dette utvalget. Det var kun ti, tretten og seksten personer i gruppene med henholdsvis mye, lite og feil kunnskap. Det lave utvalget kan ha bidratt til at gjennomsnittene ikke var signifikant forskjellig. Hvis antagelsen skulle vise seg å være signifikant i et større utvalg, kan dette være en forklaring på hvorfor schizofreni både er den mest stigmatiserte og samtidig mest misforståtte psykiske lidelsen.

Metodologiske betraktninger

Lav svarprosent. Lav svarprosent er en potensiell kilde til systematiske feil fordi det kan utfordre generaliserbarheten og validiteten. Den lave svarprosenten i denne spørreundersøkelsen kan kanskje forklares med at undersøkelsen var nettbasert. Nulty (2008) fant i en reviewundersøkelse med åtte studier som sammenlignet papirbaserte spørreundersøkelser og nettbaserte undersøkelser, at responsraten i gjennomsnitt var hele 23 % lavere ved nettbaserte enn ved papirbaserte undersøkelser. De nettbaserte spørreundersøkelsene hadde i gjennomsnitt en responsrate på 33 %, sammenlignet med 56 % om spørreundersøkelsen ble gitt på papir. De åtte nettbaserte undersøkelsene hadde en responsrate som varierte mellom 20 og 47 %. Nulty (2008) mente at grunnen til at responsraten ved nettbaserte undersøkelser var lavere enn responsraten ved papirbaserte undersøkelser, kan komme av at man ikke møter testadministrator personlig. Dette førte kanskje til at deltagerne ikke føler like stor grad av ansvar eller forpliktelse til å delta. I lys av dette ser 35 % responsrate som var tilfelle i denne undersøkelsen, ut til å være et nokså normalt resultat. Dette til tross for at journalistene kun fikk en purring, samt at ikke alle som fikk forespørselen ble purret på. Det er vanlig å purre to ganger ved spørreundersøkelser, noe som øker svarprosenten.

Korrelasjon og regresjonsanalyse beskriver ikke årsakssammenheng. Det er viktig å merke seg at resultatene på de statistiske analysene (korrelasjon og multippel regresjonsanalyse) ikke sier noe om årsakssammenheng. Selv om kunnskap og holdninger samvarierer, kan man ikke ut i fra analysen i denne undersøkelsen si noe om hva som er årsak og hva som er virkning. Det er en mulighet for at grad av kunnskap påvirker holdningene, altså at om man har mer kunnskap fører dette til mindre stigmatiserende holdninger. Men det kan også være slik at mindre stigmatiserende holdninger fører til at man får mer kunnskap. For eksempel kan det tenkes at om man har positive holdninger til schizofreni, kan dette føre til at man enten oppsøker informasjon om lidelsen, eller at man bedre legger merke til

informasjon man tilfeldigvis kommer over, og som resultat av dette får mer kunnskap. Det er også mulig at det er en tredjefaktor som påvirker både kunnskap og holdninger. Et eksempel på dette kan være sosioøkonomisk status.

Sosial ønskverdighet. Det er en kjent svakhet ved selvrapportering som metode at spørsmålene kan bli påvirket i retning av å svare slik respondenten antar er ønskelig, og som anses som sosialt akseptabelt (Booth-Kewley, Larson, & Miyoshi, 2007). Det vil si at informantene svarer på en slik måte at de fremstiller seg selv best mulig. Dette kan generelt være et problem ved selvrapporteringer, men er mest fremtredende når temaet er sensitivt, som kartlegging av aggresjon, seksuell atferd, stoffmisbruk og lignende (Cozby, 2003). Det kan også være tilfelle i forbindelse med holdninger, som ved denne spørreundersøkelsen. Virkningen dette kan ha på spørreskjemaenes validitet har lenge vært kjent i psykologien (Edwards, 1953). Det har også blitt undersøkt om tendensen til å fremstille seg i et godt lys er like fremtredende ved bruk av nettbaserte spørreskjemaer som med spørreskjemaer på papir. Booth-Kewley et al. (2007) mente det var viktig at man fortsatte å evaluere om responser gitt på en datamaskin er lik eller systematisk forskjellig fra de selvrapporteringene man finner i papir- og blyantutgaver. Det har vært spekulert på om det å svare på spørreskjemaer på en datamaskin kan føre til redusert ønske om å fremstille seg sosialt akseptabelt. Antagelsen har vært at respondering på datamaskin er en mer upersonlig situasjon. Personen kan derfor føle seg mer anonym, mer privat og mindre bekymret for hvordan man skal fremstå for andre. To metaanalyser er gjort, og resultatene viste at det ser ut til å være en mindre tendens til å ville fremstille seg sosialt akseptabelt ved spørreskjemaer som besvares på datamaskin. Det ser ut til at denne effekten har minsket de siste årene, muligens på grunn av at man har blitt mer vant til bruken av datamaskiner (Booth-Kewley et al., 2007).

Hvordan holdninger har blitt operasjonalisert. Det er viktig at metoder å måle holdninger på, er valide. I denne sammenheng er operasjonaliseringen av begrepet holdninger viktig. Gjennomgang av litteraturen viser at holdninger har blitt operasjonalisert på mange forskjellige måter. I noen studier (Myrvold, 2007; Sverdrup & Bratt, 2003) har holdninger blitt operasjonalisert med utsagn som vurderer personer med psykiske lidelser eller med spesifikke lidelser. Eksempler på slike utsagn er om de har mislyktes i livet, om de er farlige for omgivelsene eller om de har liten viljestyrke. Andre studier måler ønske om sosial avstand som uttrykk for stigmatiserende holdninger (Angermeyer & Matschinger, 2005a; Arbanas, 2008; Corrigan et al., 2002). Mål på sosial avstand blir også sjeldent benyttet på samme måte, men varierer i antall og type spørsmål i forskjellige studier. Fordelen med å bruke skala for sosial avstand, er at den gir informasjon om atferdsintensjoner. Det interessante med

holdninger er jo hvordan de påvirker atferden overfor personer med denne lidelsen. Når vi er opptatt av hvordan mennesker evaluerer personer med schizofreni, er vi opptatt av dette fordi det i neste omgang vil kunne si noe om hvordan personer med schizofreni oppfattes og møtes av personer i samfunnet. Hvis atferden er en helt annen enn holdningen skulle tilsi, er det lite informativt å kartlegge holdningene. Forholdet mellom atferd og holdninger er komplekst (Fiske, 2004), og er utenfor rammene til denne oppgaven. En svakhet med skalaen for sosial avstand, er at den ikke faktisk måler atferd overfor personer med schizofreni, men hvilken atferd man som intensjon å utføre.

Den eneste studien som både undersøker grad av stigmatiserende holdninger og intensjon om atferd er studien til Penn og Nowlin-Drummond (2001). De fant som beskrevet at hvilken merkelapp som ble brukt på person med psykisk lidelse hadde innvirkning på holdninger overfor denne personen. Det viste seg likevel at mindre stigmatiserende holdninger ikke resulterte i intensjon om atferdsendring. Deltagerne var ikke interessert i å tilbringe mer tid med disse personene selv om holdningene til dem var mer positive.

Andre spørsmål har også blitt benyttet som operasjonalisering på holdninger, som for eksempel hva respondentene ville følt om å ha et bosted for pasienter med schizofreni i nærheten av hjemmet sitt (Stuart & Arboleda-Flóres, 2001).

Kliniske og forskningsmessige implikasjoner

Svarene fra journalistene i denne studien er interessante. Resultatene tydet på at journalistene med mer kunnskap hadde mindre stigmatiserende holdninger. Resultatene kunne i tillegg tyde på at det var en forskjell i stigmatiserende holdninger mellom de med lite og de med feil kunnskap. Det hadde vært interessant å gjøre en tilsvarende studie med et representativt utvalg journalister. Hvis det hadde vist seg at disse funnene ble bekreftet, ville det også vært viktig å fokusere på å avlære feiloppfatninger om schizofreni for å endre stigmatiserende holdninger hos journalister.

Det er gjort få studier i Norge som har kartlagt holdninger til personer med psykisk lidelser generelt (Hamre et al. 1994; Myrvold 2008; Sverdrup & Bratt 2003). Holdninger til spesifikke psykiske lidelser som for eksempel schizofreni har ikke blitt undersøkt. En måte å gjøre dette på er ved en tilsvarende undersøkelse som spørreundersøkelsen i denne studien, men med et større og representativt utvalg av befolkningen. Å undersøke kunnskapsnivået til fagfolk innen det psykiske helsevern ville også vært svært nyttig, da disse omgås personer med psykiske lidelser og er spesielt viktige når det gjelder pasientenes opplevelse av stigma.

Studier fra utlandet har vist at også helsepersonell har stigmatiserende holdninger overfor personer med psykisk lidelse (Llerena et al., 2002; Nordt et al., 2006).

Det hadde også vært interessant å utføre medieanalyser for å undersøke hva som faktisk blir skrevet i avisene om schizofreni i Norge. Dette kunne gitt svar på hvor korrekt og nyansert lidelsen blir fremstilt. På grunnlag av at svarene fra journalistene i denne spørreundersøkelsen kan tyde på at det er liten grad av stigmatiserende holdninger, vil dette muligens bli gjenspeilet i få stereotypier i media. Spesielt kunne det vært interessant å analysere i hvor stor grad drap begått av personer med schizofreni blir omtalt i media, sammenlignet med andre drap. Det ville også være interessant å undersøke om det er noen sammenheng mellom hvordan media fremstiller schizofreni og journalistenes holdninger.

Det er også nyttig å forske på hvordan pasienter med schizofreni faktisk opplever at lidelsen blir fremstilt i media. Det er viktig å få mer innblikk i hvordan de som rammes av stigmatiseringen selv opplever dette. Kvalitative studier med pasienter kan være spesielt interessante, og gi ny informasjon om stigmatisering. Denne metoden kan være nyttig på grunn av at mye forskning tyder på at stigmatisering er et problem for pasienter og pårørende over hele verden, mens forskning som fokuserer på selvrapportering av stigmatiserende holdninger ikke finner like stor grad av stigmatisering.

Resultatene tyder på at det kan være viktig og nødvendig å informere journalister om at schizofreni ikke er splittet personlighet. Gevinsten ved at journalistene hadde fått korrigert feiloppfatningene om schizofreni, i tillegg til at de som vist i denne undersøkelsen har god kunnskap, ville blitt at de formidlet schizofreni på en mer korrekt måte. Dette ville igjen ført til at befolkningen kunne fått en mer korrekt oppfatning og et mer nyansert bilde av lidelsen gjennom avisartikler.

Selv om Clement og Foster (2008) ikke fant særlig stor forskjell i rapporteringen av schizofreni etter innføringen av den britiske journalistforeningens retningslinjer, ville det sannsynligvis ha hatt positive innvirkninger å innføre tilsvarende retningslinjer i Norge. Det ville for det første kunne føre til en bevisstgjøring om temaet. Slike retningslinjer ville også kunne føre til at disse hadde blitt omtalt i pensum i journalistutdanningen. Et stort flertall (71,8 %) av journalistene i denne studien svarte at de ikke lærte noe om psykiske lidelser eller hvordan skrive om dette, under utdanningen. I tillegg ville det ført til at det hadde blitt enklere å si fra til journalisten eller avisen dersom retningslinjene ble brutt. Forskning har vist at ”protest” er en av tre metoder som har vist seg effektive for å redusere stigmatisering. På denne måten kunne journalister bli påminnet om retningslinjene dersom de brøt dem. Slik kunne retningslinjene bidratt til en kontinuerlig bevisstgjøringsprosess blant journalistene.

Det ville i tillegg vært nyttig å fokusere på den innflytelsesrike rollen media har når det gjelder synet på schizofreni og andre psykiske lidelser. Når vi vet hvor viktig språket er når det gjelder stigmatisering, er det av stor betydning at journalister beskriver schizofreni på en korrekt måte. Dette ser ut til å være spesielt viktig når det gjelder bruken av ordet ”schizofren” som metafor.

I mange land, som for eksempel Tyskland, USA og Australia (Llerena et al., 2002; Mino et al., 2001; Warner, 2005) har det blitt utført omfattende antistigmakampanjer. I Norge har vi hatt opptappingsplanen som blant annet har hatt som mål å redusere stigma. Andre del av opptappingsplanens periode ble benyttet til å fokusere mer på lettere psykiske vansker og diagnoser. Det kan også synes som om det er et stort behov for mer omfattende antistigmakampanjer i Norge som fokuserer på de mer alvorlige psykiske lidelsene, for eksempel schizofreni. Spesielt kan dette synes viktig når forskning viser at holdninger generelt til psykiske lidelser har bedret seg over tid, mens holdninger til schizofreni ser ut til å ha blitt mer stigmatiserende den siste tiden. Holdningskampanjer som fokuserer på schizofreni er spesielt viktig fordi vi vet at stigmatisering har vidtrekkende konsekvenser for pasienter med schizofreni og deres pårørende, og at det er en barriere mot å oppsøke og å fortsette med behandling. Det er også store kostnader knyttet til at personer ikke oppsøker behandling, eller avbryter eller ikke følger opp behandlingen som anbefalt.

Konkluderende bemerkninger

Det er behov for å øke kunnskapen om mental helse (”mental health literacy”) i befolkningen generelt, slik at denne blir tilsvarende kunnskapen om fysiske lidelser. Kan et land som Norge i 2009 være bekjent med at 76,3 % av journalistene som skriver om helsestoff eller nyhetsstoff (og sannsynligvis også temmelig høy andel av befolkningen generelt) ikke vet at schizofreni ikke innebærer splittede personligheter? Dersom dette hadde vært tilfelle ved en fysisk lidelse (som for eksempel kreft), ville helsemyndighetene syntes det hadde vært greit om en like stor andel av journalister trodde at kreft var forårsaket av onde ånder?

Det finnes mye forskning fra andre land angående intervensjoner for å redusere stigmatiserende holdninger i befolkningen. Det er vist at både protest, opplæring og kontakt fører til endring av holdninger, og spesielt har kombinasjoner av disse intervensjonene vist seg nyttige. Protest har ikke blitt benyttet systematisk som intervensjon i Norge. En av fordelene ved å innføre retningslinjer for korrekt rapportering av schizofreni i Norge, kunne som nevnt være at det hadde blitt enklere å gi beskjed til media når disse retningslinjene ble

brutt. En annen side av denne intervensjonen er å gi beskjed til befolkningen om at man ikke skal tro på det som blir fremstilt i media om schizofreni. Opplæring har vist seg nyttig i å endre holdninger. Opptrappingsplanen for psykisk helse har vært viktig når det gjelder å øke bevisstgjøringen rundt psykiske lidelser. Den har også ført til mindre stigmatiserende holdninger blant befolkningen. Det er imidlertid viktig at det fokuseres på tyngre psykiske lidelser og diagnoser, noe som ble gjort i mindre grad i den andre delen av opptrappingsplanen. Forholdet mellom kunnskap og holdninger er som vist i denne oppgaven, et komplekst fenomen. Det er uvisst nøyaktig hvordan og hvorfor det å øke kunnskapen fører til bedre holdninger. Funnene i denne oppgaven viser at det er en sammenheng mellom kunnskap og holdninger til schizofreni. Det kan også se ut til at det er forskjell på stigmatiserende holdninger hos de som har feilkunnskap sammenlignet med de som har lite kunnskap. Det kan være det trengs forskjellig type informasjon for å redusere stigmatiserende holdninger hos grupper med forskjellig kunnskapsnivå. For eksempel kan den ene gruppen trenge å avlære misforståelsene knyttet til lidelsen, mens den andre gruppen har behov for å øke kunnskapen. Erfaringene fra tidligere forskning som fokuserte på å fremstille schizofreni som en hjernelidelse har også lært oss at opplæringen må være nyansert, for ikke å fremme andre stereotypier. I tillegg til å informere om at schizofreni er en hjernelidelse, må man samtidig opplyse om at man også kan bli frisk. Den tredje intervensjonen som har vist seg effektiv i å endre holdninger til psykisk lidelse er kontakt mellom personer med og uten psykisk lidelse. Det er også denne intervensjonen som har vært mest effektiv over tid, samt at den har vist påfølgende atferdsendringer. Å fremme kontakt mellom personer med og uten schizofreni er en intervensjon som ikke har blitt brukt i Norge, men som kunne ha vært nyttig, spesielt i kombinasjon med de andre intervensjonene.

Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at vi fortsatt har et stykke igjen før fysiske og psykiske lidelser får samme status, og at det er viktig å jobbe videre med å endre befolkningens holdninger. Opptrappingsplanen og kampanjer som viderefører denne, er viktig for å endre holdninger til psykiske lidelser i befolkningen, og det er et stort behov for tilsvarende kampanjer rettet mot schizofreni. Om helsemyndighetene i tillegg hadde benyttet seg av forskningen som fins på dette feltet fra andre land, og tilført disse ved kampanjer for å endre holdninger til schizofreni i Norge, kunne vi kommet et godt stykke videre med å øke kunnskapen om mental helse ("mental health literacy") i landet vårt. Dette ville hatt positive konsekvenser for livskvaliteten til pasienter og pårørende, samt for redusering av kostnader knyttet til denne lidelsen.

Referanser

- Angermeyer, M. A., Dietrich, S., Pott, D., & Matschinger, H. (2005). Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 20, 246-250.
- Angermeyer, M. A., & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science Medicine*, 43, 12, 1721-1728.
- Angermeyer, M. A., & Matschinger, H. (2005a). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *British Journal of Psychiatry*, 186, 331-334.
- Angermeyer, M. A., & Matschinger, H. (2005b). Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 68-73.
- Angermeyer, M. A., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175-182.
- Arbanas, G. (2008). Adolescents' attitudes toward schizophrenia, depression, and PTSD. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46, 3, 45-51.
- Arkar, H., & Eker, D. (1992). Influence of having a hospitalized mentally ill member of the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 151-155.
- Bentall, R. P. (1993). Deconstructing the concept of 'schizophrenia'. *Journal of Mental Health*, 2, 223-238.
- Bogardus, E. S. (1925). Measuring social distances. *Journal of Applied Sociology*, 1, 2, 216-226.
- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Miyoshi, D. K. (2007). Social desirability effects on computerized and paper-and-pencil questionnaires. *Computers in Human Behavior*, 23, 463-477.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.

- Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 502-508.
- Brown, S., Inskip, H., & Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 212-217.
- Clement, S., & Foster, N. (2008). Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points. *Schizophrenia Research*, 98, 178-183.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 1, 48-67.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 7, 953-958.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 3, 481-491.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 2, 162-179.
- Corrigan, P. W., & O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42, 2, 90-97.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 2, 293-309.
- Corrigan, P. W., & Rüsch (2002). Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 3, 312-334.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. (2004). At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 3, 477-479.
- Cozby, P. C. (2003). *Methods in behavioural research, seventh edition*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Cramer, J. A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49, 196-201.
- Crisp, A., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 4-7.
- Dearing, K.S., & Steadman, S. (2008). Challenging stereotyping and bias: A voice simulation study. *Journal of Nursing Education*, 47, 2, 59-65.

- Edwards, A. L. (1953). The relationship between the judged desirability of a trait and the probability that the trait will be endorsed. *Journal of Applied Psychology*, 37, 90-93.
- Fiske, S. T. (2004). *Social Beings. A core motives approach to social psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Gaebel, W., Zäske, H., Baumann, A. E., Klosterkötter, J., Maier, W., Decker, P., & Möller, H. J. (2008). Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia- Open the Doors": Results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophrenia Research*, 98, 184-193.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P., & Somers, J. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 9, 833-843.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Aristegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 14-23.
- Granello, D. H., & Pauley, P. S. (2000). Television viewing habits and their relationship to tolerance toward people with mental illness. *Journal of Mental Health Counseling*, 22, 2, 162-175.
- Gråwe, R. W. (2005). Sosial ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske lidelser. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 223-234). Stavanger, Norge: Hertervig forlag.
- Hamre, P., Dahl, A. A., & Malt, U. F. (1994). Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, 4, 275-281.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of riskfactors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.
- Hyler, S. E., Gabbard, G. O., & Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: Stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 10, 1044-1048.
- Johannessen, J. O. (2005). Schizofreni- klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 29-45). Stavanger, Norge: Hertervig forlag.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 177, 396-401.

- Jorm, A. F., Angermeyer, M., & Katschnig, H. (2000). Public knowledge of and attitudes to mental disorders: A limiting factor in the optimal use of treatment services. I G. Andrews & S. Henderson (red.), *Unmet need in psychiatry*. (ss. 399-413). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 9, 625-628.
- Knight, M. T. D., Wykes, T., & Hayward, P. (2003). 'People don't understand': An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretive Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health* 12, 3, 209-222.
- Levin, T. (2006). Schizophrenia should be renamed to help educate patients and the public. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 324-331.
- Link, B. G. (1987). Understanding labelling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B. G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Llerena, A., Cáceres, M., & Peñas-Lledo, E. M. (2002). Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates. *European Psychiatry*, 17, 298-299.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag.
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 2, 185-187.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Rund, B. R., Vaglum, P., & McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 143-150.
- Mino, Y., Yasuda, N., Tsuda, T., & Shimodera S. (2001). Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes on mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 501-507.
- Myrvold, T. M. (2008). *Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger. NIBR- rapport 16*. Hentet 9. Oktober 2008, fra <http://www.nibr.no/publikasjoner/rapporter/>

- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 4, 709-714.
- Nulty, D. D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys: What can be done? *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 33, 3, 301-314.
- Page, S. (1995). Effects of the mental illness label in 1993: Acceptance and rejection in the community. *Journal of Health and Social Policy*, 7, 61-68.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press.
- Penn, D. L., & Nowlin-Drummond, A. (2001). Politically correct labels and schizophrenia: A rose by any other name? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 2, 197-203.
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89, 9, 1339-1345.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behaviour*, 41, 188-207.
- Philo, G. (1997). Changing media representations of mental health. *Psychiatric Bulletin*, 21, 171-172.
- Raguram, R., Raghu, T., Vounatsou, P., & Weiss, M. G. (2004). Schizophrenia and the cultural epidemiology of stigma in Bangalore, India. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 11, 734-744.
- Read, J., & Law, A. (1999). The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the 'mentally ill'. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 3, 216-229.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic catchment area prospective 1- year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Rund, B. R. (1995). Schizofreni- hvor mye bruker vi på behandling og forskning? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 115, 2682-2683.
- Rund, B. R. (2005). Schizofreni: Behandling og forskning i Norge gjennom 100 år. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 11-28). Stavanger, Norge: Hertervig forlag.

- Rund, B. R., & Ruud, T. (1999). Costs of services for schizophrenic patients in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 120-125.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Sayce, L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: What's in a word? *Journal of Mental Health*, 7, 4, 331-343.
- Schomerus, G., Kenzin, D., Borsche, J., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2007). The association of schizophrenia with split personality is not an ubiquitous phenomenon. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 780-786.
- Schultze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107, 142-150.
- Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., Fekadu, D., Medhin, G., & Jacobsson, L. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36, 299-303.
- Stortingsproposisjon nr. 63 (1997- 98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006*. Hentet 29. September 2008, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl.html?id=451>
- Stroebe, W. (1996). *Social psychology and health, second edition*. Buckingham: Open University Press.
- Stuart, H., & Arboleda-Flóres, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245-252.
- Sverdrup, S., & Bratt, C. (2003). *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser. NIBR- rapport 5*. Hentet 9. Oktober 2008, fra <http://www.nibr.no/publikasjoner/rapporter/>
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193.
- Torgalsbøen, A. K. (2005). Schizofreni og full restitusjon. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 87-102). Stavanger, Norge: Hertervig forlag.
- Torgalsbøen, A. K., & Rund, B. R. (2002). Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 312-317.

- Ugelstad, E., & Gilbert, S. (1994). The Norwegian project. I Y. O. Alanen, E. Ugelstad, B. Å. Armelius, K. Lehtinen, B. Rosenbaum, & R. Sjöström (red.), *Early treatment for schizophrenic patients* (ss. 57-68). Oslo, Norge: Universitetsforlaget
- Verdens Helseorganisasjon (1994). *ICD-10. Psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser*. København, Danmark: Munksgaard.
- Wahl, O. F. (1987). Public vs. professional conceptions of schizophrenia. *Journal of Community Psychology*, vol. 15, 285-291.
- Wahl, O. F. (1995). *Media Madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Wahl, O. F., & Roth, R. (1982). Television images of mental illness: Results of a metropolitan Washington media watch. *Journal of Broadcasting*, 26, 599-605.
- Warner, R (2005). Local projects of the world psychiatric association programme to reduce stigma and discrimination. *Psychiatric Services*, 56, 5, 570-575.
- Weiden, P. J., & Olfson, M. (1995). Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 419-429.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 4, 548-573.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness. A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48, 9, 957-965.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 5, 738-748.

Appendiks A

I spørsmålene nedenfor er jeg interessert i å vite hva du mener er riktig og galt når det gjelder schizofreni. Sett ring rundt det svaralternativ du synes passer best.

1 Hos de som utvikler schizofreni dukker lidelsen som regel opp i tidlig voksenalder, det vil si i 20- årene.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

2 Medikamenter brukt i behandlingen av schizofreni skaper avhengighet.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

3 Symptomer i schizofreni kan være for eksempel hallusinasjoner, vrangforestillinger og/ eller forstyrrelser i tale og atferd.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

4 Det er mulig at personer som utvikler schizofreni, har hatt en medfødt eller tidlig ervervet sårbarhet som i kombinasjon med stress senere i livet, bidrar til at personen utvikler lidelsen.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

5 Mennesker med schizofreni lider ofte av splittet eller multiple personligheter.

Galt

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

6 I tiden før lidelsen bryter ut, har personen ofte redusert fungering i for eksempel jobb, skole, relasjoner eller egenpleie sammenlignet med tidligere.

Galt

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

7 Personer med schizofreni er ofte barnslige.

Galt

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

8 Det finnes flere undertyper av schizofreni, noe som gjør at personer med schizofreni-diagnose kan ha ganske forskjellige symptomer.

Galt

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

58

9 Det at en person som lider av schizofreni har en splittet personlighet, er en feiloppfatning.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

10 Personer med schizofreni er ofte genier eller har gjerne et spesielt talent for noe.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

11 Bruk av medisiner er viktig i behandlingen av schizofreni.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

12 Hos personer med schizofreni vet ikke den ene halvdel av personligheten hva den andre halvdel driver med.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

13 Schizofreni er en psykose-lidelse som involverer forstyrrelser i tenkning, tale, persepsjon, emosjon og atferd.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

14 Schizofreni er observert over hele verden, men det ser ut til at noen er i større risiko. For eksempel har personer som er oppvokst i by større risiko enn de som er oppvokst på landet.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

15 Personer med schizofreni utvikler lidelsen i tidlig barnealder, det vil si at de har hatt to eller flere personligheter fra de var små.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

16 En grunn til at personer utvikler schizofreni kan være stressende faktorer i miljøet deres eller traumer de har opplevd, som for eksempel misbruk i barndommen, fattigdom eller stress på jobben.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

17 Schizofreni forekommer hos rundt 10 % av den voksne befolkningen.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

18 På grunn av at personer med schizofreni lider av splittet eller multiple personligheter, går dette ikke an å behandle, og de må leve med denne lidelsen resten av livet.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

19 Man kjenner ikke riktig årsakene til schizofreni, men forskerne mener det er en blanding av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

20 Rundt en tredjedel av personene som får schizofreni blir helt friske etter å ha hatt schizofreni, og lever fullverdige og produktive liv.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

21 De fleste med schizofreni er ikke i stand til å ta viktige avgjørelser i livet sitt.

Riktig

Galt

Hvor sikker er du på dette?

Bruk en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr svært usikker og 7 betyr svært sikker.

1	2	3	4	5	6	7
Svært usikker						svært sikker

I påstandene nedenfor er jeg interessert i dine meninger og synspunkter om schizofreni. Vurder disse påstandene på en skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr helt uenig og 7 betyr helt enig. Sett ring rundt det tallet du mener tilsvarer graden av enighet med utsagnet.

22 Personer som har schizofreni vil aldri være i stand til å arbeide igjen.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

23 Det ville plaget meg om jeg fant ut at legen min har schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

24 Personer med schizofreni kan være like hyggelige å være sammen med som andre mennesker.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

25 Personer som har schizofreni kan aldri bli helt lykkelige igjen.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

26 Miljøforandringer hjelper ofte på schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

27 Det er ikke flaut å ha schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

28 Man kan se på en person at vedkommende har schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

29 Personer som får schizofreni har lite viljestyrke.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

30 Schizofreni er medfødt.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

31 Schizofreni skyldes som regel svikt hos foreldre eller andre omsorgspersoner.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

32 Hvis man får schizofreni har man mislyktes i livet.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

33 Personer med schizofreni er ofte farlige.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

34 Personer med schizofreni kan bli helt friske igjen.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

35 Jeg ville aldri giftet meg med en person med schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

36 En person som har hatt schizofreni kommer sannsynligvis til å bli diskriminert av andre i lokalsamfunnet.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

37 De aller fleste med schizofreni vil ha behov for å være innlagt resten av livet.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

38 Alle kan få schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

39 En person med schizofreni har kun seg selv å takke for at han/ hun har denne lidelsen.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

40 Om jeg leide ut en leilighet, ville jeg sannsynligvis ikke leid den ut til en person dersom jeg visste at vedkommende hadde schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

41 Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

42 Om jeg hadde schizofreni ville jeg kontaktet en psykolog, psykiater eller fastlege.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

43 Jeg ville følt meg ukomfortabel dersom jeg måtte omgås en person med schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

44 Jeg ville skammet meg om jeg hadde et familiemedlem med schizofreni.

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

45 Schizofreni er en sykdom som alle andre (for eksempel diabetes, astma eller høyt blodtrykk).

1	2	3	4	5	6	7
Helt uenig						helt enig

46 Personer med schizofreni er lite forutsigbare.

1

2

3

4

5

6

7

helt enig

Bakgrunnsspørsmål

47 Kryss av for kjønn:

Kvinne Mann

48 Hva er din alder?

49 Hvilket fylke bor du i?

50 Hva er din sivilstand?

Gift

Samboende

Enslig/ ugift

Enke/ enkemann

Separert

Skilt

51 Hva er din arbeidssituasjon/ studiesituasjon for tiden?

Arbeidstager, heltid

Arbeidstager, deltid

Student

52 Hvis du er i arbeid, hvor mange år du har jobbet som journalist?

53 Lærte du noe om psykiske lidelser eller hvordan skrive om dette, under studiene dine?

54 Har noen i din familie eller vennekrets en psykisk lidelse?

Ja, i nær familie

Ja, i nær vennekreter

Nei

Appendiks B

Til redaksjonssjef ____

Jeg er profesjonsstudent i psykologi ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og skal skrive hovedoppgave om holdninger til schizofreni. Jeg har valgt å fokusere på journalisters holdninger fordi vi både hører om og lærer om psykiske lidelser som schizofreni gjennom massemedia. I den forbindelse synes jeg det er viktig å vite mer om hvordan journalister forholder seg til denne lidelsen. Forskningsprosjektet mitt er forankret på Psykologisk institutt, og veileder på prosjektet er førsteamanuensis Anne- Kari Torgalsbøen.

Jeg tar kontakt med deg fordi jeg trenger frivillige som kan svare på et anonymt spørreskjema.

Jeg håper du finner prosjektet interessant, og at du er villig til å videresende forespørselen til aktuelle journalister i din avis, for eksempel journalister som skriver om helse- eller innenriksnyheter. Skjemaet tar ca 5 minutter å besvare. Jeg tar kontakt med deg om noen dager for å høre om du er interessert i et samarbeid om denne undersøkelsen.

På forhånd takk for hjelpen!

Ved spørsmål, kontakt meg på telefon: 93206621 eller mailadresse:

trudesk@student.sv.uio.no

Vennlig hilsen Trude Skoglund.

Stud. Psychol

Appendiks C

Hei!

Mitt navn er Trude Skoglund og jeg er profesjonsstudent i psykologi ved Universitetet i Oslo. I forbindelse med min hovedoppgave som handler om holdninger til schizofreni, trenger jeg frivillige deltakere til et forskningsprosjekt. Dette innebærer utfylling av et spørreskjema. Min veileder på prosjektet er Anne- Kari Torgalsbøen, førsteamanuensis ved Psykologisk Institutt, UiO.

Din deltagelse er frivillig, men jeg håper du kan ta deg tid til å svare på vedlagte spørreskjema, som tar ca. 5 minutter. Skjemaet er anonymt og svarene dine kan ikke spores tilbake til deg eller ditt arbeidssted.

URL FOR Å SVARE:

<https://nettskjema.uio.no/answer.html?fid=40909&lang=no>

På forhånd takk for ditt bidrag!

Ved spørsmål, kontakt meg på mailadresse: trudesk@student.sv.uio.no

Vennlig hilsen Trude Skoglund

stud.psychol.